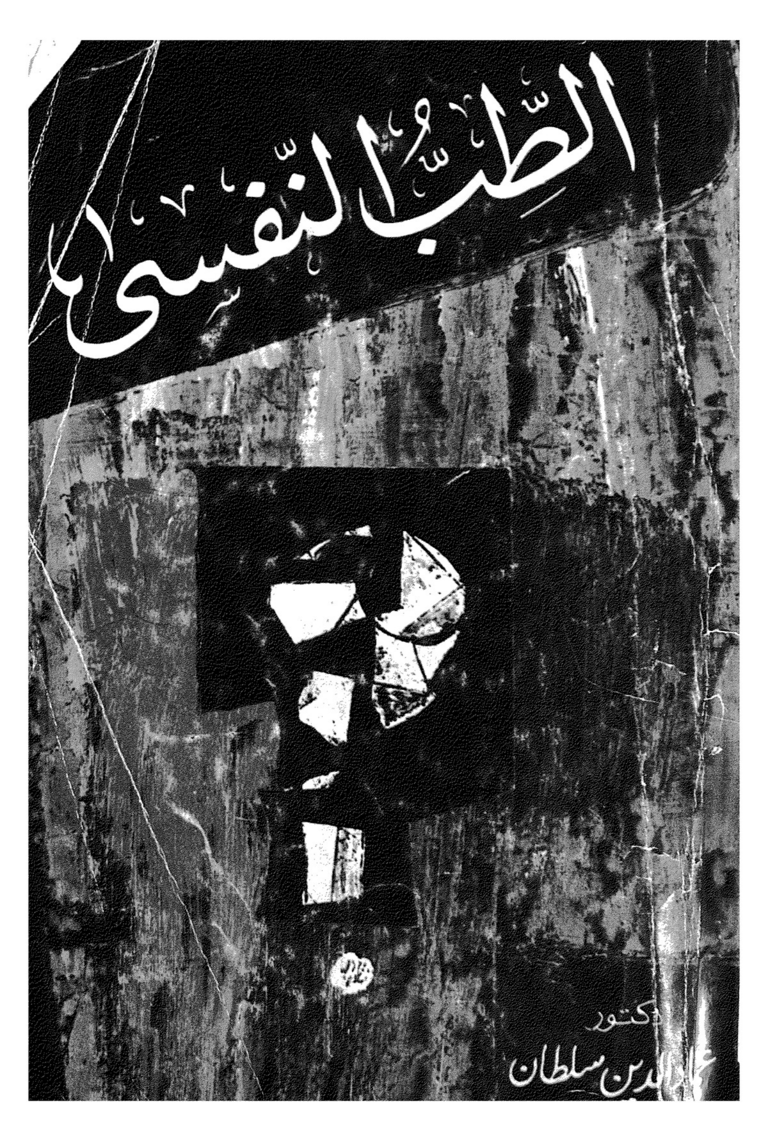

الطب النفسي
١
كتور
سلطان

الطب النفسي

الدكتور

عماد الدين سلطان

مدير المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية

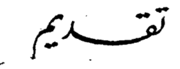
الناشر

دار النهضة العربية

بيروت : القاهرة

إلى كل من يبعث الأمن والاطمئنان
في نفوس الآخرين ، فيجنبهم
الاضطراب وفقدان الذات





تقديم

يبدأ سلوك الكائن الحى بمثير . هذا المثير قد يكون داخليا ، من داخل الكائن الحى ذاته ، أو خارجيا بعيدا عن جسم الكائن الحى . وفى كلتا الحالتين لابد أن يدرك الكائن الحى المثير . وبهـذا يسلك السلوك المناسب . ومن الجدير بالذكر ان السلوك الذى يسلكه الكائن الحى قد يكون مجرد رد فعل لا ارادى للمثير ، أو سلوكا متعدد الأبعاد قد يخضع الفرد بعض أبعاده للضبط حتى يأتى السلوك متوافقا مع مقتضيات البيئة التى يعيش فيها هذا الفرد .

ويستقبل الكائن الحى المثيرات التى تدفع الى السلوك عن طريق مستقبلات تختلف فى بساطتها وتعقدها باختلاف الكائن الحى ، كما تختلف كذلك مراكز الادراك والتفاعل فى بساطتها وتعقدها .

وعلى قمة الكائنات الحية يوجد الانسان بمستقبلاته ومراكز ادراكه وتفاعلاته المعقدة . فالانســان يستقبل المثيرات الخارجية عن طـريق حواسه الخمس من سمع وبصر وشـم وتذوق ولمس . وبهـذا ينتقل ما يثار فى البيئة الخارجية الى مراكز الادراك والتفاعل فى الجهاز العصبى المركزى . أما المثيرات الداخلية فتستقبلها نهايات الاعصاب فى الاماكن المختلفة من الجسم حيث تنتقل هى الاخرى الى مراكز الادراك والتفاعل . ومن هنا يأتى الانسان بالسلوك الذى قد نلاحظ بعض ابعاده ، على حين لا نلاحظ البعض الآخر .

وجدير بالذكر ان نشير الى ان السلوك يتوقف على المثيرات بنوعيها المادى والاجتماعى ، وعلى الجهاز العصبى الذى يستقبل المثيرات ويدركها

ويتفاعل بها ليتم السـلوك . والمثيرات المادية قد تكون خارجية ترتبط بطبيعة البيئـة المادية التى يعيش فيها الانسان ، وقد تكون داخلية كالعمليات الكيميائية والفسـيولوجية التى تحدث فى الجسم وما يحتويه من عناصر ومركبات كيميائية وما ينتاب الجسم من امراض . اما المثيرات الاجتماعية فترتبط بالعـلاقات الاجتماعية فى المجتمـع الذى يعيش فيه الفرد وما يسود هذا المجتمع من نظم سياسية واقتصـادية واجتماعية . ويلاحظ ان بين المثيرات والاسـتجابات التى يأتى بها الكائن الحى تفاعلا متبـادلا ، بمعنى ان الكائن يتأثر بالمثيرات فيسـتجيب لها ، وهـذه الاستجابات قد تحدث تغييرا فى المثيرات ، الأمر الذى يكون له استجاباته المناسبة .

وسلوك الانسان قد نصفه بانه سلوك مرضى او سـلوك غير مرضي بناء على متغيرات أو اعراض تكشف عنها اساليب التشخيص المختلفة . وبناء على هذه المتغيرات أو الاعراض يمكن ايضا أن نصنف أو نقسم السلوك المرضي موضوع هذا المؤلف .

أعراض السلوك المرضي

كأى اضطراب ينتاب جسم الانسان وتكون له أعراضه التي يشكو منها المريض ويلاحظها الاخصائى بالعين المجردة ، أو بما يتخذه من اساليب تكشف له عنها ، فالاضطراب فى السلوك له أيضا اعراضه . وهذه الاعراض تظهر فى أبعاد السلوك المختلفة من دوافع وتكوين عقلى وانفعالى . هذه الأبعاد التى مازال الخلاف بينا فى تحديد وتعريف متغيراتها ، مما يؤثر على صدق وثبات قياس هذه المتغيرات .

ولكن مهما يكن من امر تحديد وتعريف المتغيرات السلوكية وصدق وثبات مقاييسها فان مؤلفات الطب النفسى تتناول عددا من المتغيرات او الأعراض التى يمكن بها التعرف على السلوك المرضي وتشخيصه ، والتى يمكن على أساسها ايضا تصنيف هذا السلوك . وتتميز هذه المتغيرات او الاعراض بأنها نتيجة الخبرة الاكلينيكية ، ويسهل الكشف عنها بملاحظة المريض مما يزيد من صدقها وثباتها .

وفيما يلى نتناول المتغيرات او الأعراض التى تفيد فى تشخيص الاضطرابات السلوكية ، على اننا سنشير الى دلالة كل متغير فى التشخيص بكونها دلالة مؤكدة او عالية أو منخفضة .

فالعرض ذو الدلالة المؤكدة يتسم به الاضطراب النفسى ولا يوجد فى غيره من الاضطرابات . وقيمة هذه الأعراض انها تؤدى الى تشخيص مؤكد . ويمكن بالأعراض المؤكدة التفريق بين الاضطرابات الذهانيه وغيرها من الاضطرابات النفسية الأخرى ، وكذلك التفريق بين الاضطرابات الفصامية وغيرها من الاضطرابات الذهانية الأخرى . وفيما عدا بعض الاستثناءات القليلة فان الاعراض المؤكدة تدل على الاضطرابات الذهانية ، وغالبا الاضطرابات الفصامية .

وحيث ان بعض الأعـراض المؤكـدة يصـعب ثبات ملاحظتها فمن الافضل ان يقوم التشخيص على اساس عدد من الأعراض .

والأعراض العالية الدلالة غالبا ما نلاحظها فى احد الاضـطرابات ، ولكننا نلاحظها ايضا فى اضطرابات اخرى . وهذه الاعراض تشير بلدرجة عالية الى التشخيص وخاصة عند ملاحظتها مع اعراض اخرى لها نفس الدلالة فى التشخيص .

والأعراض المنخفضة الدلالة تحدث بانتظام فى اضـطراب ما ، وقد تشيع فى اضطرابات اخرى . وعلى هذا لا تؤيد بشدة تشخيصا معينا.

التناقض الانفعالى

تناقض الاحساسات فى نفس الوقت نحو موضوع معين .

المريض الذى ينادى صـديقه باستمرار « ايها الشـيطان ، ايها الملاك ، ايها الشيطان ، ايها الملاك » .

وهذا العرض منخفض الدلالة فى حالة :

١ ـ الفصـــام .

٢ ـ الاضطرابات العصابية .

فقـدان الذاكرة

يفقد المريض ذاكرته وخاصة بالنسبة للاحداث القريبة او البعيدة التى يتوقع ان يتذكرها الفرد .

مريض اصيب فى حادثة سيارة بارتجاج ، وبعد شفائه لم يستطع ان يتذكر الاحداث التى ادت الى الحادثة .

وهذا العرض عالى الدلالة فى حالة :

١ ـ مجموعة اعراض اصابة المخ العضوية (حيث يلاحظ ايضا اضطراب فى الشعور والتكوين العقلى) .

٢ ـ الشخصية الهستيرية .

القلق

حالة من التوتر وعدم الاستقرار والخوف وتوقع الخطر .

شاب فى السادسة والعشرين من عمره ، يشكو من الخوف العميق المصحوب بالاحساس بعدم الارتياح ، كما يشكو من الضعف واللغط وتصبب العرق . وعندما يوجد هذا العرض دون اى مبرر منظروف المريض البيئية والشخصية يكون عرضا عالى الدلالة فى حالة :

١ ـ الاضطرابات العصابية (عندما تستبعد الاضطرابات الذهانية) ، وخاصة عصاب القلق (عندما يكون القلق هو العرض الرئيسي) .

٢ ـ الفصام ، والميلانكوليا الانتكاسية والاضطرابات الانفعالية الشديدة (عندما توجد الاضطرابات الذهانية) .

وعندما لا يوجد القلق على الرغم من وجود ما يبرره من ظروف المريض البيئية والشخصية ، يكون عرضا عالى الدلالة فى حالة :

١ ـ العصاب الهستيرى (النوع التحولى) .

٢ ـ اضطرابات الشخصية (عندما يمكن استبعاد الذهان) ، وخاصة الشخصية غير الاجتماعية .

السلوك اللا اجتماعى

الميل الى عدم الأخذ بالمعايير الاجتماعية وغالبا ما يكون الفرد فى صراع معها .

شاب فى التاسعة عشرة من عمره ، قبض عليه وحكم عليه بالسجن بسبب السرقة ، وكانت هذه السرقة هى الرابعة عشرة فى حوادث السرقة التى ارتكبها .

ويكون هذا العرض عالى الدلالة فى حالة :

١ ـ الشخصية اللا اجتماعية (عندما يمكن استبعاد الذهان ووجود القلق بدرجة ضئيلة او عدم وجوده) .

فقـدان الكلام

اضطراب اولى فى عملية الاستقبال (فقدان الكلام الحسي) او فى عملية التعبير (فقدان الكلام الحركى) .

شاب أصيب فى المخ فى حادث سيارة ، فانتابه فقدان الكلام التعبيرى . فلم يعد يستطيع ان يسمى الأشياء العامة فى حديثه ، كما لا يستطيع ان يسمى الأشياء المألوفة التى تعرض عليه . حيث يطلق على القلم « ما تكتب به » ، على الرغم من انه يستطيع ان يربط بين الشيء والاسم اذا ما عرضا عليه معا .

وفقدان الكلام عرض مؤكد الدلالة فى حالة :

١ ـ مجموعة اعراض اصابة المخ العضوية .

الذاتيـــة

الميل الشديد الى تأثر الفكر والادراك بحاجات الفرد ورغباته دون اعتبار للواقع الموضوعى . وتمثل الذاتية انفصالا خطيرا عن الواقع .

سيدة متعلمة ، يصعب ملاحظة الفصام عليها ، اخذت تقوم بحركات شاذة أمام جمع كبير من الاشخاص ولم تدرك ما يسببه هذا من حرج لأصدقائها .

والذاتية عرض مؤكد الدلالة فى حالة :

١ ــ الفصـــــام .

الاحتباس

حيث يقف تداعى الافكار ، وعند اســتعادة التداعى تتداعى أفكار يكون او لا يكون لها ارتباط بما كان يجرى من أفكار .

سيدة هســتيرية تشـــكو من توقفها عن الحديث بين العبارات . وتردد كلماتها الاخيرة ثم تواصل الحديث .

وتوقف تداعى الأفكار عرض عالى الدلالة فى حالة :

١ ــ الفصام والاكتئاب الذهانى (عندما يوجد الذهان) .

٢ ــ العصاب الهستيرى ، النوع التفككى ، وعصـــاب القلق (عند استبعاد الذهان والصراع ذى النوبة الصغيرة) .

الكتاتونيـــا

حالة تتميز باضطراب حركى ملحوظ ، سواء أكان هذا الاضطراب جمودا او هياجا ونشاطا نفسي حركى زائدا . وقد يظهر المريض انثنائية شمعية حيث تأخذ الأطراف اى وضع توضع فيه . فبعد قليل من دخول أحد مرضي الفصام مستشفى الصحة النفسية ، وجد فى وضع التمثال وبدا كأنه لا يرى ولا يسمع .

والكتاتونيا عرض عالى الدلالة فى حالة :

١ ــ الفصام الكتاتونى (عنـــد وجود الذهان واستبعاد الذهان الناتج عن أسباب عضوية) .

٢ ــ عصاب القلق الشديد (عند استبعاد الذهان) .

الحشـــو العرضي

حيث لا يوجـه الحديث والفكر مباشرة الى الهـدف مع كثير من التفاصيل والتفسيرات غير اللائمة .

فقد سئل طفل متخلف عقليا عن عمـره ، فأجاب بانه قد ولد يوم الاحد ، وان اليوم يوم الاحد وكان ذلك اليوم دافئا كالآن ، وانه يحتمل أن يكون عمره اثنتى عشرة سنة ، على الرغم من انه غير متأكد .

وهذا العرض يكون عالى الدلالة فى حالة .

١ ـ الفصام المزمن غير المتميز (عند وجود الذهان ، واستبعاد الاضطرابات العضوية ، ونسبة ذكاء المريض ٧٠ أو اكثر) .

ويكون عرضا منخفض الدلالة فى حالة :

١ ـ اعراض اصابة المخ العضوية ، وخاصة الاضـطرابات المخية المزمنة (عندما تكون نسبة ذكاء المريض ٧٠ او اكثر) .

٢ ـ التخلف العقلى (عندما تكون نسبة ذكاء المريض اقل من ٧٠)

تلبـد الشـــعور

ونعنى بتلبـد الشـــعور ان المثيرات التى كانت تؤدى عادة الى استجابات واضحة لم نعد تؤدى الى مثل تلك الاستجابات .

فقد أصيبت سيدة فى حادث سيارة وعند دخولها المستشفى كانت تنظر الى الأشخـاص الذين تعرفهم دون أن تتعرف عليهم . وكان من الواضح انها لا تحس بالألم عند اجراء خياطة الجروح التى حدثت .

وهذا العرض مؤكد الدلالة فى حالة :

١ ـ مجموعة اعراض اصـابة المخ العضوية وخاصة الاضـطرابات المخية الحادة .

القهــــر

ونعنى به الدفع المســـتمر المتكرر لأداء فعــل ما ضـــد الرغبــات الشعورية العادية .

مريض يعانى من رغبته المستمرة الملحة لغسل يديه ، حيث يقوم بغسلها مرات ومرات .

والقهر عرض مؤكد الدلالة فى حالة :

١ ــ عصاب الوسواس ــ القهرى (عند اســتبعاد الذهان وعندما يكون مصحوبا بتفكير وسواسى) .

وعرض عالى الدلالة فى حالة :

١ ــ عصاب الوسواس ــ القهرى (عند اســتبعاد الذهان وعندما لايكون مصحوبا بتفكير وسواسى) .

وعرض منخفض الدلالة فى حالة :

١ ــ الفصـــام والاضطرابات الانفعالية الشـــديدة (عنـــد وجود الذهان) .

الأراجيف

ونعنى بها عدم القدرة على اســتدعاء الخبرات القريبة ، مع الميل لملء ما يكون هناك من فجوات فى الذاكرة بمعلومات غير حقيقية .

والأراجيف عرض عالى الدلالة فى حالة :

١ ــ مجموعة أعراض اصابة المخ العضوية المزمنة ، وخاصةذهان كورساكوف .

الارتبـــاك

حالة تتميز بالحيرة وعدم الوعى بالبيئة .

مريض الحق بالمستشفى بسبب ذهان تسممى ، فكان لا يعرف من هو او كيف احضر الى المستشفى .

والارتباك عرض عالى الدلالة فى حالة :

١ ــ مجموعة اعراض اصابة المخ العضوية الحادة .

٢ ــ الفصام ، وخاصة النوبة الفصامية الحادة (عند استبعاد الاضطرابات العضوية) .

السلوك التحولى

ونعنى به العرض الجسمى الذى يحدث نتيجة لصراع نفسي .

سيدة تعانى من الهستيريا ، اذ انتابها فقدان مؤقت للاحساس فى يدها اليسرى ــ وقد تذكرت أخيرا انها ضربت امها بهذه اليد .

وهذا العرض يكون عالى الدلالة فى حالة :

١ ــ العصاب الهستيرى ، النوع التحولى (عند استبعاد الذهان وتحديد المعنى الرمزى للسلوك) .

ويكون العرض منخفض الدلالة فى حالة :

١ ــ الفصام (عند وجود الذهان)

المزاج الدورى

ونعنى به ان ينتاب المريض فترات متعاقبة من المرح والاكتئاب ، والنشاط النفسحركى الزائد والمنخفض ، والهياج والتبلد .

طالبة فى الثانية والعشرين من العمر ، يصفها اصدقاؤها بانها متقلبة المزاج ولا يستطيع احد ان يتنبأ بمزاجها ، حيث انها قد تكون مرحة ومبتهجة فى يوم ما ومكتئبة فى اليوم التالى .

ويكون هذا العرض عالى الدلالة فى حالة :

١ ــ ذهان الهوس ــ الاكتئابى من النوع الدورى (عندما يوجد الذهان ولا يتقلب المزاج كثيرا) .

٢ ــ الشخصية الدورية (عند استبعاد الذهان) .

ويكون منخفض الدلالة فى حالة :

١ ــ الفصام (عندما يوجد الذهان ويكثر تقلب المزاج) .

انخفاض النشاط النفسحركى

نقص مستوى السلوك الحركى ، وانخفاض مستوى النشاط العادى للمريض .

شاب يعانى من اكتئاب ذهانى ، ينام فى السرير دون حركة ، ويغطى رأسه بمفرش السرير ، وقد اعترف فيما بعد انه فعل هذا ليبعدالمناظر والأصوات عنه ، ليقلل من شدة مخاوفه .

ويكون هذا العرض عالى الدلالة فى حالة :

١ ــ الفصام الكتاتونى (عند وجود الذهان والكتاتونيا) .

٢ ــ الهوس ــ الاكتئابى ، النوع الاكتئابى ، ورد الفعل الاكتئابى الذهانى (عند وجود الذهان مع عدم وجود الكتاتونيا) .

٣ ــ العصاب الاكتئابى (عند استبعاد الذهان) .

الهـــــذاء

معتقد خاطىء لا يتفق مع ظروف الشخص ، ومع مجانبته للواقع لا يمكن تصحيحه بالمنطق والاقناع .

حضر مريض يعانى من الفصـــام الاضــطهادى فى حالة غضب انى عيادة الطبيب المعالج يحتج على محاولة الطبيب ايذاءه بالتخطيط لنشر تفاصيل عن تاريخه الجنسي فى احدى الجرائد اليومية .

والهذاء عرض مؤكد الدلالة فى حالة :

١ ـ الاضطرابات الذهانية .

ويوجد هناك عدة انواع من الهذاء .

أ ـ هـذاء العظمة

حيث يعتبر المريض نفســه الها أو نبيا أو مبعـوث العناية الالهية لخلاص البشرية ، او ملكا او رئيسـا أو يمتلك الملايين أو أنه اعلم العلماء.

وهذاء العظمة عرض عالى الدلالة فى حالة

١ ـ مجموعة أعراض اصــابة المخ العضوية ، وخاصة الخبــل العـام .

٢ ـ الهوس ـ الاكتئـابى ، النوع الهوسى (عنـــد استبعـــاد الاضطرابات العضوية) .

ويكون هذاء العظمة عرضا منخفض الدلالة فى حالة :

١ ـ الفصــــام .

ب ـ هـذاء الاضطهاد

اذ يشكو المريض من كونه مضــطهدا من أهله أو من زملائه أو من هيئات أو من اشخاص معينين او مجهولين ، أو ان البعض يضــعون له السم فى طعامه او شرابه ، أو يتآمرون عليه او يؤذونه بأى وسيلة .

ويكون هذا العرض عالى الدلالة فى حالة :

١ ـ الفصام وخاصة من النوع الاضطهادى .

كما يكون منخفض الدلالة فى حالة :

١ ــ الهوس ــ الاكتئابى ، النوع الاكتئابى .

٢ ــ الميلانيكوليا الانتكاسية .

٣ ــ رد الفعل الاكتئابى الذهانى .

٤ ــ مجموعة أعراض اصابة المخ العضوية المزمنة ، رخاصةالمرضى المسنين .

جـ ــ هذاء اتهام الذات

حيث تدور الهذاءات حول الخطيئة والذنب والفقر وتوهم المرض.

وهذا العرض عالى الدلالة فى حالة :

١ ــ الميلانيكوليا الانتكاسية .

٢ ــ الهوس ــ الاكتئابى ، النوع الاكتئابى .

٣ ــ رد الفعل الاكتئابى الذهانى .

والعرض منخفض الدلالة فى حالة :

١ ــ الفصــــام .

فقـــدان الذات

اضطراب الشعور بالذات واحساس المريض بانعدامه او بأنه تغير أو أصبح كأنه شخص مختلف عما يعهده فى نفسه ، وقد يكون ذلك مجرد احساس يدرك المريض أنه ظاهرة مرضــية يعانى منها أو يفقد المريض أستبصاره ويعتقد فى صحة احساسه .

مريض فى المراحل الأولى للفصام يقارن أحاسيسه بما قد تحســه ورقة مالية عندما يفحصها خبير يعرف الفرق بين الأوراق المالية المزيفة وغير المزيفة .

وفقدان الذات عرض منخفض الدلالة فى حالة :

١ ــ مجموعة أعراض اصابة المخ الحادة .

٢ ــ الاضطرابات الذهانية .

٣ ــ الاضطرابات العصابية (عند استبعاد الذهان) .

اكتئاب الانفعال

اذ ينتاب المريض الحزن واليأس مع هبوط الانفعال . ويكون لاكتئاب الانفعال دلالة تشخيصية فقط عندما يمكن تمييزه بوضوح عن حالة الحزن العادية .

واكتئاب الانفعال عرض عالى الدلالة فى حالة :

١ ــ العصاب الاكتئابى (عند استبعاد الذهان ، واكتئاب الانفعال العرض الأساسي للمريض ، أو عندما يصاحب اكتئاب الانفعال عدد من الأعراض الجسمية ، كالأرق او نقص الشهية أو الامساك أو التعب أو نقص الوزن) .

٢ ــ الميلانيكوليا الانتكاسية (عند وجود الذهان ، وتقدم السن بالمريض وليس له تاريخ من الاضطرابات النفسية) .

٣ ــ الهوس ــ الاكتئابى ، النوع الاكتئابى ، أو رد الفعل الاكتئابى الذهانى (عند وجود الذهان واستبعاد رد الفعل الذهانى الانتكاسى) .

ويكون عرضا منخفض الدلالة فى حالة :

١ ــ الفصام .

المصاداة والمحاركة

فالمصاداة ترديد المريض لكلمة او لعبارة ينطق بها شخص آخر ترديدا أعمى والمحاركة تقليد المريض لحركات شخص آخر بطريقة آلية . وغالبا ما تظهر المصاداة والمحاركة معا .

فاحدى مرضي الفصام عندما تسمع الممرضة تنادى لتناول طعام الغـذاء تأخذ فى ترديد « الطعام ، الطعام ... » وفى نفس الوقت تقلد الممرضة فى حركاتها وتعبيراتها .

والمصاداة والمحاركة عرضان مؤكدا الدلالة فى حالة :

١ ــ الاضطرابات الذهانية .

الانفعالية العالية

اذ تتسم انفعالية الشـخص بالانشراح ، والتفاؤل والثقة بالنفس حتى ولو لم توجد ما يبررها من ظروف الشخص أو خبرته .

ويكون هذا عرضا عالى الدلالة فى حالة :

١ ــ الهـوس ــ الاكتئابى ، النـوع الهـوسي (عنـد اسـتبعاد الاضطرابات العضوية ووجود الذهان ، وعـدم وجود أعراض تدل على الفصـام) .

ويكون عرضا منخفض الدلالة فى حالة :

١ ــ الفصام وخاصة الفصام الهيبفرينى .

تطاير الأفكار

فيعبر المريض عن فكـرة ويعقبها سريعا بفكرة أخرى حيث يكون الارتباط بين الفكرتين ضعيفا أو لا يوجد هناك ارتباط .

فأحد المرضي بالهوس يكتب خطابات لأصـدقائه واقاربه حتى أنه يستخدم كمية كبيرة من الورق ، كما يقضى ثمانى عشرة ساعة يوميا فى الكتابة . وعند قراءة الخطابات نجد عدم وجـود ارتباطات منطقية بين العبارات ، على الرغم من ان كل عبارة فى حد ذاتها قد يكـون لها بعض المعنى .

وتطاير الأفكار عرض عالى الدلالة فى حالة :

١ ـ الهوس ـ الاكتئابى ، النوع الهوسي (عندما نلاحظ بوضوح الارتباطات غير المنطقية بين الأفكار) .

وعرض منخفض الدلالة فى حالة :

١ ـ الفصام (عندما لا نلاحظ ارتباطات بين الأفكار) .

الهلوسة

ادراك دون وجود مثير حقيقى خارجى .

فيقرر مريض بالفصام انه يسمع أصواتا تناديه بسبب زوجته واطفاله . ومريض آخر يرى بعض الحشرات تزحف على جلده ويحس بزحفها . ومريض ثالث يشم رائحة عفن واحتراق ، كما يتذوق طعمها سواء اكان يتناول طعامه أم لا .

والهلوسة عرض مؤكد الدلالة فى حالة :

١ـ الاضطرابات الذهانية .

ويوجد هناك عدة انواع من الهلاوس .

أ ـ هلوسة سمعية

عرض عالى الدلالة فى حالة :

١ ـ الفصام .

عرض منخفض الدلالة فى حالة :

١ ـ الميلانيكوليا الانتكاسية .

٢ ـ الهوس ـ الاكتئابى ، من النوع الاكتئابى .

٣ ـ رد الفعل الاكتئابى الذهانى (عندما نلاحظ اعراض فصامية) .

٤ ـ مجموعة اعراض اصابة المخ العضوية .

ب ـ هلوسة بصرية

عرض عالى الدلالة فى حالة :

١ ـ مجموعة أعراض اصابة المخ الحادة ، وخاصة الهذيان الارتعاشى ، وغيرها من الاضطرابات الذهانية التسممية .

وعرض منخفض الدلالة فى حالة :

١ ـ الفصام (عند استبعاد مجموعة اعراض اصابة المخ الحادة) .

ج ـ الهلوسة الشمعية

عرض عالى الدلالة فى حالة :

١ ـ مجموعة اعراض اصابة المخ العضوية ، وخاصة اصابة الفص الصدغى والفص الامامى والصرع .

وعرض منخفض الدلالة فى حالة :

١ ـ الفصام (عند استبعاد مجموعة أعراض اصابة المخ العضوية) .

د ـ الهلوسة اللمسية

عرض مؤكد الدلالة فى حالة :

١ ـ الفصام (عندما تتعلق الهلوسة اللمسية بالاعضاء الجنسية) .

وعرض عالى الدلالة فى حالة :

١ ـ مجموعة أعراض اصابة المخ العضوية ، وخاصة الهذيان الارتعاشى (عندما لا تتعلق الهلوسة اللمسية بالاعضاء الجنسية) .

هـ ـ هلوسة التذوق

عرض عالى الدلالة فى حالة :

١ ـ مجموعة اعراض اصابة المخ العضوية ، وخاصة اصابة الفص الصدغى والصرع .

وعرض منخفض الدلالة فى حالة :

١ ـ الفصام (عند استبعاد مجموعة اعراض اصابة المخ العضوية) .

توهم المرض

اهتمام الفرد الزائد بحالته الصحية مع سوء تفسير الاعراض البسيطة والمبالغه فيها .

سيدة فى الثامنة والستين من عمرها تعانى من قلق شديد فيما يتعلق بصحتها ، على الرغم من ان كل الفحوصات التى أجريت لها كشفت عن خلوها من الامراض . وتعتقد ان اى الم فى ذراعها يعنى التهاب المفاصل ، كما تعتقد أن أى الم فى معدتها يعنى بداية قرحة . وتتناول هذه السيدة سبعة أنواع مختلفة من العقاقير كل يوم .

وتوهم المرض عرض عالى الدلالة فى حالة :

١ ـ الميلانيكوليا الانتكاسية (عند وجود الذهان والمريض فى سن متقدمة ، مع عدم وجود تاريخ من الاضطرابات النفسية) .

وعرض منخفض الدلالة فى حالة :

١ ـ عصاب المخاوف .

٢ ـ عصاب الاكتئاب (عند استبعاد الذهان) .

٣ ـ الاضطرابات الانفعالية الرئيسية .

٤ ـ الفصام (عند وجود الدهان واستبعاد الميلانيكوليا الانتكاسية) .

الافكار الايمائية

اعتقاد المريض بانه المقصود بأحاديث الآخرين وابتساماتهم أو انه المقصود من مقالات معينة فى الصحف او بأحاديث فى الاذاعة حيث تشير اليه من طرف خفي .

يقرر أحد مرضي فصام البارانويد انه يعتقد أن كل فرد من حوله يتحدث عنه ويستهزىء به .

والافكار الايمائية عرض عالى الدلالة فى حالة :

١ ـ المراحل الاولية لفصام البارانويد .

٢ ـ الميلانيكوليا الانتكاسية .

٣ ـ الهوس ـ الاكتئابى ، النوع الاكتئابى .

٤ ـ رد الفعل الاكتئابى الذهانى (عندما لاتوجد أعراض فصامية) .

٥ ـ مجموعة أعراض اصابة المخ العضوية ، وخاصة الهذيان الارتعاشي المبتدىء (عندما لاتوجد اعراض فصامية ولكن يوجد تسمم او عدوى أو اصابة) .

خداع الادراك

ادراك خاطىء لمثير حسى .

فأحد مرضى فصام البارانويد ، كان يعتقد عند سماعه لصوت الشجرة التى تصطدم بجانب منزله أثناء العاصفة ، أن الله يرسل اليه انذارا بالعذاب .

وخداع الادراك عرض منخفض الدلالة فى حالة :

١ ـ مجموعة أعراض اصابة المخ العضوية .

٢ ـ الاضطرابات الذهانية .

قصور الانفعال

فيكون المريض متبلدا انفعاليا ويبدو عديم الاحساس للمثيرات البيئية التى تحدث السرور او الالم عادة .

مريض بالفصام نلاحظ عليه دائما انفعالية متبلدة فلا يبتسم و

يغضب ولا يظهر اى تعبير انفعالى آخر مهما يكن الامر من حوله . كما أنه يتكلم بأسلوب رتيب .

وقصور الانفعال عرض مؤكد فى حالة :

١ ـ الفصام .

وعرض عالى الدلالة فى حالة :

١ ـ الميلانيكوليا الانتكاسية .

٢ ـ الهوس ـ الاكتئابى ، النوع الاكتئابى .

٣ ـ رد الفعل الاكتئابى الذهانى . (عندما لا توجد أعراض فصامية اخرى مؤكدة) .

الانفعال غير الملائم

ونعنى به أن استجابة المريض لاتتلاءم انفعاليا مع المثير ، اى أنه قد يكون سعيدا عندما ينبغى ان يكون حزينا ، أو قد يكون حزينا عندما ينبغى ان يكون سعيدا .

سيدة فصامية أخبرت طبيبهـا المعالج بأنهـا تعتقـد بأن زوجها يخطط لقتل اطفالها . وبعد هذا اخذت تضحك بفتور .

والانفعال غير الملائم عرض مؤكد فى حالة :

١ ـ الفصام .

وعرض عالى الدلالة فى حالة :

١ ـ الميلانيكوليا الانتكاسية .

٢ ـ الهوس ـ الاكتئابى ، النوع الاكتئابى .

٣ ـ رد الفعل الاكتئابى الذهانى . (عندمـا لا يوجـد اعراض فصامية مؤكدة اخرى) .

النشاط النفسحركى الزائد

زيادة معدلات السلوك الحركى وكذلك زيادة النشاط العـــادى للمريض زيادة كبيرة .

مريض بالهوس يعمــل من الصباح الباكر حتى ساعة متأخرة من المساء فى عمل يعد له . وينام من الليل ثلاث ساعات فقط ، ويقضى بقية الوقت فى الحركة ودعوة الأصدقاء .

ويكون هذا العرض عالى الدلالة فى حالة :

١ ـ الهوس ـ الاكتئابى ، النوع الهوسى (عنــدما يوجد الذهان ويكون للنشاط الزائد هدف حتى ولو كان من الصعب تحديد هـــذا الهدف) .

٢ ـ الفصـــام الكتاتونى (عندما يوجــد الذهان ولا يكون للنشاط الزائد هدف واضح) .

ويكون هذا العرض منخفض الدلالة فى حالة :

١ ـ مجموعــة أعراض اصــابة المخ الحــادة ، وخاصة الهذيان الارتعاشي .

العـزلة

رغبة المريض فى البقاء بمفرده .

فتقرر سيدة أنها تفضل كثيرا البقاء بمفردها . وأنها تقضى معظم ساعات فراغهـــا فى منزلها فى مشاهدة التليفزيون بمفردهـــا حيث أن لا أصدقاء لها .

والعزلة عرض عالى الدلالة فى حالة :

١ ــ الفصام (عندمــا يوجــد الذهان ونلاحظ اعراضا فصامية مؤكدة)

٢ ــ الميلانيكوليا الانتكاسية .

٣ ــ الهوس ــ الاكتئابى ، النوع الاكتئابى .

٤ ــ رد الفعل الاكتئابى الذهانى . (عندما يوجد الذهان مع عدم ملاحظة اعراض فصامية مؤكدة) .

٥ ــ الشخصية الفصامية (عند استبعاد الذهان) .

التداعى المفكك

يفقد تفكير المريض انسيابه ، فيبدو التفكير والحديث عشوائيا ، فلا يوجد ارتباط منطقى بين عناصرهما .

يكتب مريض بالفصام : انا هنا لأنه يريدنى أن اكون هناك ، لأننى اعاون الاله . لقد قالت أنها سترانى مرة أخرى . متى سأموت وأصبح حــرا .

والترابط المفكك عرض مؤكد الدلالة فى حالة :

١ ــ الاضطرابات الذهانية .

وعرض عالى الدلالة فى حالة :

١ ــ الفصـــــام

النمطيــــة

ونعنى بها حركات الجسم الرتيبة ، التى تتكرر وتتكرر . وهذه الحركات تحدث فى الوجه غالبا وتتضمن التجهم أو الابتسام ، والاوضاع الشاذة للراس والرقبة .

مريض بالفصام يجلس فى مقعدة طول يومه يهتز الى الامام والى

الخلف ممسكا بيده اليسرى أمام جسمه كما لو كان يحمى نفسه من ضربة ، بينما يمسك بيده اليمنى أذنه اليمنى بشدة . ويستمر فى هذا السلوك النمطى طوال يومه تقريبا مع توقفه قليلا لتناول الطعام والذهاب للحمام .

والنمطية عرض عالى الدلالة فى حالة :

١ - ردود فعل الجهاز خارج الهرمى المصاحبة لبعض عقاقير المهدئات الكبيرة .

٢ - الفصام وخاصة الفصام الهيبفرينى أو الفصام الكتاتونى (عندما يوجد الذهان والعرض لا يكون مصاحبا لتناول العقاقير) .

والعرض منخفض الدلالة فى حالة :

١ - عصاب الوسواس - القهرى .

٢ - العصاب الهستيرى النوع التحولى (عند استبعاد الذهان) .

البكم

لا يرغب المريض فى الكلام ، أو أنه لا يستطيع الكلام على الرغم من انه كان يتكلم قبل مرضه .

والبكم عرض عالى الدلالة فى حالة :

١ - الفصام الكتاتونى (عندما توجد الكتاتونيا مع استبعاد الأسباب العضوية) .

ويكون العرض منخفض الدلالة فى حالة :

١ - رد الفعل الاكتئابى الذهانى .

٢ - الهوس - الاكتئابى ، النوع الاكتئابى (عندما لا توجد الكتاتونيا مع استبعاد الأسباب العضوية) .

٣ ـ مجموعة اعراض اصابة المخ العضوية المزمنة .

اللغة المتبكـــرة

صياغة كلمة جديدة او استخدام كلمة قديمة فى سياق جديد .

يصف رجل فصامى زوجته بأنها « سيف حرب » لأنه يعتقد أنها « فأس حرب » .

وهذا العرض يكون عالى الدلالة فى حالة :

١ ـ الفصـــام

التفكير الوسواسي

الانشغال الدائم الواعى بمجموعة من الافكار غـير المرغوب فيهـا والتى لايمكن استبعادها (*)

فيقرر طالب مريض بالوسواس القهرى ان افكارا بايذاء ابيه وامه تراوده دائما على الرغم من محاولته الواعية الدائمة بابعادها . وتعمل هذه الأفكار على ايقاظه عدة ساعات كل ليلة وتجهده نهارا .

ويكون هذا العرض مؤكد الدلالة فى حالة :

١ ـ عصاب الوسواس ـ القهرى (عند استبعاد الذهـان وعندما يصاحبه القهر) .

ويكون العرض عالى الدلالة فى حالة :

١ ـ الاضطرابات العصابية ، وخاصة عصاب الوسواس ـ القهرى (عند استبعاد الذهان وعندما لا يصاحبه القهر) .

وعرض منخفض الدلالة فى حالة :

١ ـ الاضطرابات الذهانية .

اللزمـــان

مداومة النطق بكلمة او بعبارة أو القيام بحركة أو الاستمرار على وضع مع عدم القدرة على تغييره .

مريض متقدم فى السن يعانى من تصلب فى الشرايين يجيب على كل سؤال يوجه اليه « حسنا أنه سيقضى على » .

واللزمان عرض عالى الدلالة فى حالة :

١ ــ مجموعة اعراض اصابة المخ العضوية المزمنة .

وعرض منخفض الدلالة فى حالة :

١ ــ الفصام ، وخاصة الفصام الكتاتونى (عند استبعاد مجموعة أعراض اصابة المخ العضوية المزمنة)

الخوف

الخوف الشديد الدائم من بعض الأشياء أو المواقف . كما أن هذا الخوف لا يقوم على منطق مقبول .

فقد انتاب ولدا صغيرا فجأة خوف من الحصـــان ، حتى أنه كان لا يرغب فى الخروج من المنزل . علما بأن هذا الولد لم يتعرض لايذاء من حصان ، كما أنه لم ير حصانا يؤذى احدا .

وهذا العرض عالى الدلالة فى حالة :

١ الاضطرابات العصابية (عند استبعاد الذهان) ، وخاصة عصاب الخوف (عندما تكون المخاوف هى العرض الرئيسى) .

وعرض منخفض الدلة فى حالة :

١ ــ مجموعة أعراض اصابة المخ العضوية المزمنة .

٢ ــ الاضطرابات الدهانية (عند استبعاد مجموعة أعراض اصابة المخ العضوية المزمنة) .

فقدان اختبار الواقع

عدم القدرة على ادراك وتقييم الاحداث والمواقف .

رجل يعانى من اضطراب ذهانى ويظهر هلاوس وهذاءات . ولا يستطيع اختبار واقع ادراكاته الخاطئة وتفكيره غير الواقعى ، ويعتقد فى هلاوسه وهذاءاته .

وفقدان اختبار الواقع عرض مؤكد الدلالة فى حالة :

١ ـ الاضطرابات الذهانية .

بطء التفكير

حيث يبدا التفكير ويتقدم ببطء . وغالبا ما يقرر المريض بأن أفكاره تأتى ببطء أو انه يجد صعوبة فى التفكير .

وهذا العرض عالى الدلالة فى حالة :

١ ـ الميلانيكوليا الانتكاسية .

٢ ـ الهوس ـ الاكتئابى ، النوع الاكتئابى .

٣ ـ رد الفعل الاكتئابى ، الذهابى (عندما يوجد الذهان مع عدم ملاحظة اعراض فصام او اضطرابات اصابة المخ المزمنة) .

ويكون عرضا منخفض الدلالة فى حالة

١ ـ الفصام (عندما يوجد الذهان)

٢ ـ العصاب الاكتئابى (عند استبعاد الذهان)

الذهــول

انعدام حساسية الفرد ، وعلى ذلك تقل استجابته أو تنعدم للمثيرات التى تحيط به .

الحقت سيدة متقدمة فى السن تعانى من اكتئاب ذهانى بمستشفى للصحة النفسية ، بعد ان حاولت حرق نفسها . فجلست ساكنة لا تأكل ولا تهتم بما يحيط بها ، وكان على ادارة المستشفى ان تقوم باطعامها بالسوائل عن طريق انبوبة فى الانف وان تقوم بتنظيفها وتغيير ملابسها .

والذهول عرض عالى الدلالة فى حالة :

١ ـ مجموعة اعراض اصابة المخ العضوية (عندما لا يوجداعراض فصام) .

٢ ـ الفصام الكتاتونى (عندما يوجد ذهان وكتاتونيا) .

٣ ـ رد الفعل الاكتئابى الذهانى .

وهذه الأعراض التى تناولناها تمثل ما يمكن ملاحظته وقياسه من خلال سلوك الفرد . الا ان هناك اعراضا اخرى يلزم لها اساليب غير الملاحظة والقياس النفسي ، فهى ايضا مظهر لاضطرابات فى الجهاز العصبى المركزى التى تتم فيه العمليات السلوكية . فاضطراب الجهاز العصبى يؤدى الى تغير الموجات العصبية التى يسجلها رسام المخ ، ويؤدى الى خلل فى افراز الهرمونات ، والى اضطرابات فى الدورة الدموية والتنفس والتمثيل الغذائى ، وكذلك الى اضطرابات فى عمليات الهضم والاخراج وغيرها من عمليات يقوم بها الجهاز العصبى . وبهذا يمكن ان نجد فى كل هذه الابعاد وما تتضمنه من عمليات كيميائية وفسيولوجية متغيرات تفيد فى التشخيص والعلاج .

تقسيم الاضطرابات النفسية



بعد ان تناولنا العديد من أعراض الاضطرابات النفسية التى تذكرها مؤلفات الطب النفسى ، نتناول هنا مشكلة تصنيف هذه الأعراض فى مجموعات من الاعراض يتميز بعضها عن البعض مما يساعد فى عملية التشخيص وعمليات البحث والدراسة . هذا على الرغم من أن الاخصائى يجب الا يقتصر فى تشخيصه على ذكر مجموعة الاعراض فقط ، بل يجب عليه ان يتعداها الى ذكر مشكلات المريض ومصادرها والإساليب التى يحاول ان يواجه بها هذه المشكلات والاضطراب الذى تحدثه . ومن الجدير بالذكر ان العديد من الاضطرابات النفسية لا ينطبق عليها صوره الأمراض ، بل هى اساليب يتبناها الفرد محاولة منه لمواجهة مشكلاته. وبهذا فليس من الاهمية وضع الأعراض فى نظام تصنيف ، بل يجدربنا فهم المريض فى ضوء خبراته ودوافعه واهدافه والصعوبات التى تكون قد واجهته فى محاولاته لاشباع حاجاته الأساسية .

فليس هناك امراض ، بل هناك افراد مرضى فقط .

ولقد تمت محاولات لتقسيم الاضطرابات النفسية اتخذتأسسا مختلفة لها ، فالبعض أقام تقسيمه على أسس نفسية ، والبعض اتخذ اسسا فسيولوجية ، والبعض الآخر اتخذ الاسباب كأساسللتقسيم ، وذهبت محاولات اخرى الى اتخاذ الأعراض كأساس للتقسيم . غير أنه غالبا ما يقوم التقسيم على اساس او اكثر من هذه الاسس .

اولا : التقسيم الذى يقوم على اسس نفسية

فى هذا التقسم يتم تقسيم الاضطرابات النفسية على أساس من علم النفس الاكاديمى . فقد ذهب ارنولد سنة ١٧٨٢ الى وضع تقسيمين

رئيسيين . فهناك اضطرابات فى الادراك والتخيل واضطرابات فى التصور . وقام برتشارد بتقسيم الجنون سنة ١٨٢٢ الى جنون اخلاقى وجنون عقلى . ويذهب هينروث الى القول بأن هناك اضطرابات الفهم واضطرابات الإرادة واضطرابات الاستعدادات كما ان هناك خليطا من هذه الاضطرابات . وقال بوكنل وتوك بوجود قسمين رئيسيين ، احدهما عقلى والآخر وجدانى . وينقسم الجانب الوجدانى الى العواطف الاخلاقيـة والاسـتعدادات الحيوانية . كما ذهب زيهن الى تقسيم الاضـطربات النفسـية الى اضطرابات لايصاحبها تخلف عقلى واخرى يصـاحبها تخلف . وتنقسم الاضطربات التى لا يصاحبها تخلف عقلى بدورها الى اضطرابات وجدانية واخرى عقلية ، بينما تنقسم الاضطرابات التى يصاحبها تخلف عقلى الى اضطرابات ولادية واخرى مكتسبة .

ويؤخذ على هـذا التقسيم انه يقـوم على الحدس البعيد عن مجال السيكوباثولوجى ومحاولة وضع عدد من الاضطرابات فى تصنيف نفسى واحد ، بينما يمكن وضعها فى عدة اقسام .

ثانيا : التقسيم الذى يقوم على اسس فسيولوجية

ومن عيوب هذا التقسيم اننا لا نعرف الا القليل عن فسيولوجية العمليات النفسية المرضية وغير المرضية . كما ان هذا التقسيم يقـوم على فروض لتحديد مراكز فى المخ لم تثبت بعد . فمن هذه الفروض ما ذهبت اليه كونلى من القول بأن كل صور الاضطراب النفسى تتوقف على احدى حالات ثلاث للجهاز العصبى : حالة زيادة الاثارة او قلة الاثارة او حالة عدم توازنها . كما كتب لايكوك عن اضطرابات فى مراكز المخ ترتبط

بالوجدان والعواطف ، واضطرابات ترتبط بعناصر الحس فى المخيخ والنصفين الكرويين ، ولكنه اكد بصفة خاصة على التأثير المتبادل بين الجسم والنفس . ووضع توك سنة ١٨٨٢ تصنيفه على اساس تقسيم المخ الى مراكز للحس والحركة والفكر مع ما يقابلها من مظاهر الاضطراب من هلاوس ، وشلل وخبل ...

ويتوقف ما وضعه ماينرت سنة ١٨٨٤ من تصنيف على افتراضات فسيولوجية . فهناك :

١ ـ اضطرابات تنشأ من تغيرات تشريحية .
٢ ـ اضطرابات نتيجة للتغذية تشمل :

(ا) اضطرابات نتيجة اثارة القشرة المخية تظهر فى الهوس والميلانيكوليا .
(ب) اضطرابات نتيجة اثارة منطقة تحت القشرة وتظهر فى الهذاءات والهلاوس .
(جـ) اضطرابات فى المراكز الدموية لمنطقة تحت القشرة وتظهر فى الصرع .

٣ ـ اضطرابات نتيجة التسمم .

ولقد وضع ورنيك عدة افتراضات فسيولوجية واتخذها اساسا لتصنيفه ، كما استفاد من مبدأ الطاقات العصبية الخاصة ، فافترض أن كل مضمون فى الشعور يتوقف على مجموعة محددة من العناصر العصبية . واتخذ عملية فقدان الكلام كمثال للعمليات العقلية عامة ، والتى تتكون فى رأيه من سلسلة تتضمن عناصر نفسحسية ونفسحركية .

وفى الاضطرابات النفسية يحدث الاضطراب فى اى موضع ، كما ان وظيفة اى عنصر قد تزداد أو تنقص . ويعتقد ورنيك فى وجود مراكز للذاكرة . وأن الهلاوس تحدث عند اثارة مراكز الذاكرة وتنتقل عندئذ الى خلايا الادراك . ولكن لم يثبت صحة ماذهب اليه ورنيك سواء فى استخدامه لمبدأ الطاقات العصبية الخاصة او نظريته فى وجود مراكز للذاكرة .

ثالثا : التقسيم الذى يقوم على اسباب المرض

من عيوب هذا التقسيم تعدد الاسباب وعدم معرفة الكثير منها . كما ان السبب الواحد قد يؤدى الى صور اكلينيكية متعددة . ولقد كان جاكوبى اول من استخدم هذه الطريقة ، ففى سنة ١٨٣٠ اعلن ان الجنون ينشأ نتيجة لمرض فى الجسم . ولقد ذكر مورال سنة ١٨٦٠ ان هناك الجنون الوراثى والأولى غير المسبب والتسممى والسمبثاوى ، والجنون الذى ينشأ من انتقال الأمراض . وذهب اسكاى الى ابعد من ذلك ؛ فتضمن تصنيفه اضطرابا نفسيا لكل اضطراب جسمى . كما ذهب كلوستن الى ماذهب اليه اسكاى فذكر عددا من الاضطرابات النفسية التى تقابل أمراضا جسمية كالانيميا والسكر وغيرها . وقام توك بوضع تقسيم يذكر فيه كل الاضطرابات النفسية التى ترتبط بالاضطرابات العضوية المعروفة ؛ ووضع كل الاضطرابات الأخرى فى مجموعة ترجع الى اضطراب الجهاز التناسلى . ونظرية توك هذه لا تعدو اكثر من نظرية تقوم على الصدفة .

رابعا : التقسيم الذى يقوم على اعراض المرض

يعتبر كرابلن الرائد البارز لهذه الطريقة من التقسيم ، فقدتوصل

الى استنتاجات قيمة بها . ومع هذا فطريقته تتخذالاسبابايضااساسا لها . وطريقة التقسيم الذى يقوم على الأعراض طريقة تحث على الملاحظة ، ولهذا ينصح باستخدامها لأنها ستؤدى الى نتائج ذات دلالة . كما انها تتضمن الأسس التى تقوم عليها الطرق الأخرى دون أن تقع فى اخطائها . ومن الطبيعى انه لا يوجد فى هذه الطريقة حدود جامدة ، وان العرض يمكن ان يظهر فى عدة مجموعات من الأعراض . ولكن ظهور عرض معين فى عدد كبير من الحالات ، يكون مبررا ، كما قال جربسنجر ، لوضع تقسيم معين . واذا ذهبنا أبعد من ذلك - مع هذا ليس بالأمر السهل - فاخذنا نظرة عرضية واخرى طولية ، حيث نأخذ فى الاعتبار نشأة وتطور المرض فى اطار الاعراض ، فاننا نحصل على أساس شامل للتقسيم . وجدير بالذكر ان نشير الى الفرق الذى كان كالبوم أول من به اليه ، بين الاساس الذى يكمن وراء المرض ومجموعة الاعراض التى يكشف عنها . وطريقة الملاحظة التى نصحنا باستخدامها تساعد فى توضيح هذا الفرق ، وتسمح لنا بالحديث عن نوبات فى مسارالاضطراب كالاعراض الهستيرية فى الذهان الفصامى وفترات من الاكتئاب فىمسار الشلل العام . وهذا الفرق الذى قال به كالبوم قد نظر اليه حديثانظرة بعيدة ، حيث اعتبر الاضطراب النفسى ، تعبيرا عن استعداد فطرى أساسي .

ولقد كان كرابلن أول من وضع تقسيما منظما يقوم على الأعراض مع أخذ مسار ونتيجة الأنماط المختلفة للاضطراب فى الاعتبار . ولقد توصل الى هذا بمتابعة الأضطراب على مدى فترة طويلة من الزمن .

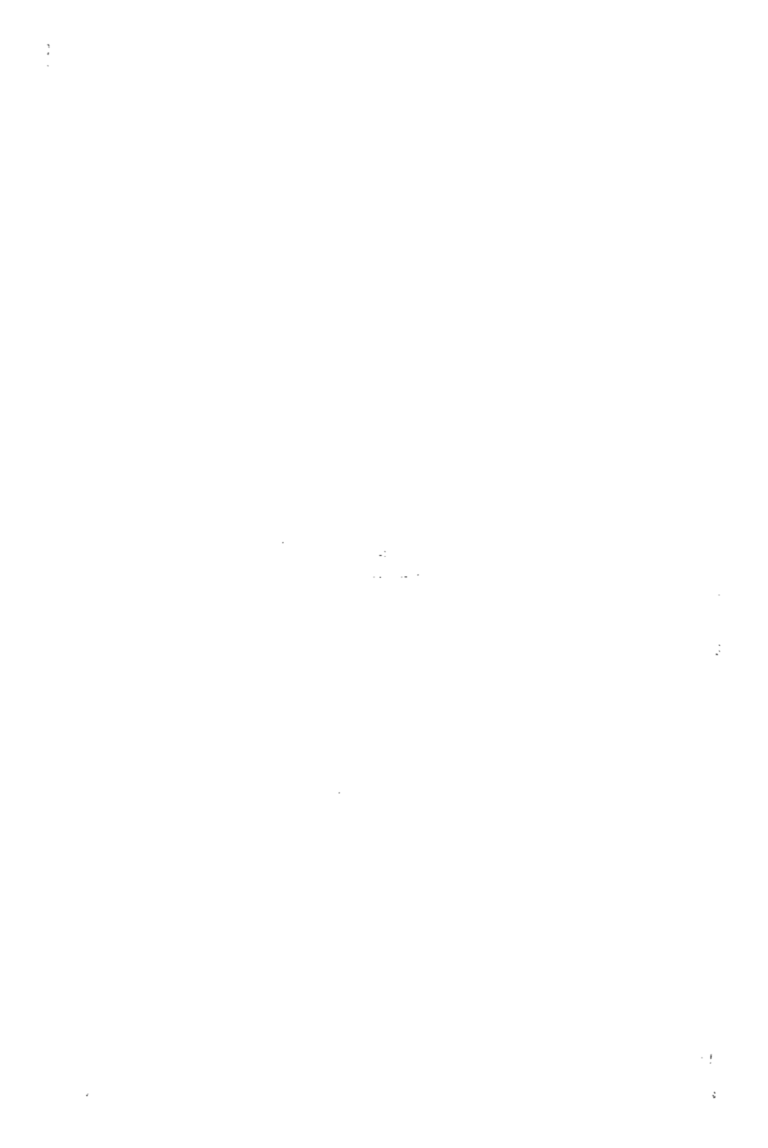
ولكن تقسيم كرابلن له عيوبه . ويرجع هذا جزئيا الى اتباعه ما ذهب اليه فونت فى تقسيمه للوظائف النفسية الى انفعال وتفكير وارادة .

فوضع كرايلن مفهوماته التى تقابلها من اكتئاب وتأخر فى التفكير وتأخر فى الحركة والمفهومات المضادة من مرح وتطاير فى الافكار ونشاط زائد فى الحركة .

والحقيقة ان المحاولات التى بذلت لتقسيم الاضطرابات النفسية لم تكن مقنعة ، وعلى ذلك فالتشخيص الذى يقوم على اساسها ، تشخيص لا يقوم على اساس ثابت . ولكن كما سبق ان ذكرنا ، فالتشخيص بتحديد نمط الاضطراب الذى يعانى منه المريض ليس بالامر الهام فى حد ذاته . فهناك امور لها اهميتها من فهم الاضطراب ، وفهم المريض الذى يعانى من هذا الاضطراب ، ومعرفة الظروف التى نشأ فيها الاضطراب ، وعلاقة الاضطراب بظروف المريض العادية ، وما يعنيه الاضطراب وفهم المشاكل التى يعانى منها المريض وما يمكن عمله لمساعدته لتحقيق النتائج المرغوب فيها .

على اننا نفضل الأخذ بالتقسيم الذي وضعته منظمة الصحة العالمية والذى اجتمعت عديد من الدول لدراسته وأقراره ليكون لغة علمية مشتركة بينها . كما ان تقسيما اشتركت فى وضعه عديد من الدول لابد ان يكون من الشمول بحيث يناسب البيئات المحلية المختلفة . وسنتخذه اساسا فى تناولنا للاضطرابات النفسية .

فحص الحالات



ليس الفحص بالأمر السهل ، فلابد ان نبذل عدة محاولات للحصول على سجل كامل ليمكن من خلالها تسجيل المعلومات التى تساعد فى وضع التقرير النهائى . فرغم ان السجل الوصفى للسلوك وللاعراض يكون ذا اهمية ، فانه لا يكون ذا قيمة الا اذا تضمن معلومات عن المواقف التى تحدث فيها الأعراض والأسباب التى تؤدى الى تلك الاعراض .

وقبل ان نتناول الابعاد المختلفة للفحص الطبنفسي نعرض لعدة نقاط عامة يجب ان ناخذها فى الاعتبار عند اجراء الفحص .

١ ــ أن يكون السجل بلغة يسهل فهمها .

٢ ــ الا نكتفى بمصدر واحد لجمع المعلومات بل نحصل على معلومات عن المريض من عدة اقارب واصدقاء .

٣ ــ ان ناخذ فى الاعتبار أننا نتعامل مع مريض يعاني من اضطراب نفسى ، وعلينا ان نتسم بالصبر والحصافة والعطف .

٤ ــ ان نشعر المريض بأننا نبذل جهدا لمساعدته ، وأن نصارحه بحالته عند شرحها له .

٥ ــ اذا سأل المريض عمن اتى به الى العيادة أو المستشفى وعن سبب مجيئه الخ يجب ان نجيب على الاسئلة فى حينها .

٦ ــ يجب أن نخبر المريض بأن كل الحقائق ستفحص بعناية .

٧ ــ يحدث غالبا ان يكون المريض اكثر رغبة فى عرض اضطراباته فى المقابلة الأولى عما يحدث فى المقابلات التى تتم فيما بعد . وهنا يجب ان تستغل هذه المقابلة فى الحصول على سجل كامل كلما أمكن ذلك . فالفحص الكامل المنظم يجب أن يتم مبكرا كلما أمكن ذلك.

٨ ـ يجب ان نلتزم بخطة واضحة منظمة شاملة للفحص حتى نصل الى التشخيص المناسب ، وهذه الخطة يمكن أن تتضمن الابعاد التالية :

أ ـ البيانات العامة .

ب ـ المشكلة .

جـ ـ تاريخ المرض الحالى .

د ـ التاريخ الأسرى .

هـ ـ التاريخ الشخصى .

و ـ فحص المريض جسميا ونفسيا .

أولا ـ البيانات العامة

يبدأ الفحص بتسجيل بيانات عن السن والجنس والحالة الاجتماعية والمهنية كما يجب الحصول أيضا على العنوان ووسيلة الاتصال بالمريض . وتتضمن البيانات العامة أيضا الجهة التى قامت بتحويل المريض او الطبيب الذى قام بتحويله .

ثانيا ـ المشكلة

حيث نحصل على بيان من المريض عن شكواه ويحسن تسجيل هذا البيان بلغة المريض .

ثالثا ـ تاريخ المرض الحالي

وهنا نحصل على بيان تفصيلى عن المرض ، فنسجل بداية المرض بدقة كلما أمكن ذلك ، ثم نحاول الحصول على معلومات عن العوامل الجسمية منها والنفسية ، مع اعتبار أن المرض يكون حصيلة العوامل المرسبة والعوامل المسببة مع الاستعداد الناتج عن تأثير الوراثة والمؤثرات البيئية على مدى تاريخ الفرد . والحصول على وصف حقيقى لسلوك المريض ، وكيف يواجه مشاكله واتجاهاته نحو اقاربه واصدقائه ،

وعما اذا كان هنــاك تغيير في مزاجه ووجــود افكار غريبة او هذاءات او شكوك أو اهتمامات غير عادية . ونشير الى انه يجب الا نكتفي بتسجيل عبارة ان المريض يهذى ويهلوس ، ولكن ما يفيد هنا هو الحصــول على وصف حقيقى للهذاءات والهلاوس واســتجابة المريض لها . ويجب أن نستفسر عن الذاكرة والتكوين العقلى عامة . بالاضافة الى ذلك علينا أن نوضح ما اذا كان هناك استعدادات انتحارية او استعدادات للقتل . وما اذا كان هناك اضــطرابات جســيمة تظهر فى الأرق او اضــطرابات الشهية ونقص الوزن والامساك او الاسهال .

وعلينا ان نكشف ايضــا عن اتجاه المريض نحو المرض من حيث ان المريض يبدو راضيا لاعراضه ليحقق كسبا انفعاليا من مرضه. ويجب أن نســتفسر عن الأمراض المماثلة وعن الدواء الذى اعطى لعــلاج المــرض الحالى ، وعن أولئك الذين قاموا بالعــلاج حتى يمــكن الحصــول على معلومات اضافية منهم كما يمكن تقييم ما اعطى من علاج .

رابعا ـ التاريخ الاسرى

يهــدف التاريخ الأسرى الى جمع بيانات عن العــوامل الوراثيــة والاقتصادية والاجتماعية التى تعــرض لها المريض مما يكون له أثره على شخصيته وما ينتابها من اضطرابات .

فبيان عن الأمراض التى اصيب بها أفراد الأسرة وعن وجود حالات من الاضطرابات النفسية ، وعن حالات ادمان وانحراف ، قد يكشــف عن اثر الوراثة فيما انتاب المريض من اضطرابات .

ودراسة لشخصية الوالدين والاخوة قد توضح بالاضافة الى مالها من دلالة وراثية ، اســلوب التنشئة التى تعــرض لها المريض فى مرحلة

نموه ، وما يسود الاسرة من جو انفعالي وعلاقات بين أفرادها . ويجب توضيح الاتجاهات التى تسود الأسرة فهذه الاتجاهات تبين عادات الأسرة وصراعاتها وما يسودها من جو انفعالى ، كما توضح أيضا اسلوب التنشئة الذى تعرض له المريض .

كما نسجل هنا أيضا بيانات عن الوضع الاقتصادى والاجتماعى للأسرة ، وعن نشأة المريض مع الوالدين معا او نشأته مع احدهما بسبب الموت او الانفصال . فهذه أيضا بيانات لها دلالاتها فى شخصية المريض وما قد ينتابها من اضطرابات .

خامسا ـ التاريخ الشخصي

يمكن أن نأخذ التاريخ الشخصي للمريض على أنه سجل عن نمو المريض وعلى ذلك نقوم بدراسته فى مراحل تبدأ بفترة الحضانة ثم الطفولة والمراهقة ثم مرحلة النضج .

مرحلة الحضانة : حيث أن كثيرا من بيانات هذه المرحلة لاتقع فى مجال تذكر المريض فاننا نلجأ الى أفراد الاسرة الآخرين أو غيرهم ممن لهم صلة به . فعلينا أن نعرف ما اذا كان الطفل مرغوبا فيه أم لا . وماذا كانت توقعات الوالدين فيما يتعلق بجنسه ، فاذا ولد بعجز جسمى أو لم يحقق توقعات الاسرة فان استجابة الوالدين تكون ذات أهمية . ويجب أن نحصل على بيانات عن سن الجلوس والمشي والكلام وضبط عمليتى التبرز والتبول . فهذه البيانات تدل على نضج وظائف الجهاز العصبى . وعلينا ان نبين استجابة الأم للتأخر فى هذه الامور وفشل الطفل فى ان يحقق معتقداتها فيما يتعلق بتلك الأنشطة . كما يمكن أن نشير هنا الى بيانات هامة تتعلق

بسلوك تناول الطعام والنوم واللعب واسلوب الوالدين فى المشاركة فيها .

مرحلة الطفـــولة : يمكن ان تتضح فى هذه المرحلة اتجاهات المريض فى علاقاته مع الآخرين ، حيث يظهر هنـــا التعبير عن ســمات الفــرد الشخصية " كالعطف والثقة فيه والكلام والنشاط والخجل والمثــابرة والانطواء والخوف والتشكك والانانية والعدوان ويظهر هذا كلهفىلعب الطفل ومشاركته مع الآخرين .

وبيانات عن ذكريات واحلام المريض فى ســنوات عمره الاولى تتيح فرصة لبيانات ذات قيمة فيمــا يتعلق بحيــاته الخياليــة الداخليــة والانفعاليـــة . ويجب الكشـــف عن محاولات المريض الأولى للتعبير عن الذات وتحقيقها ، وكذلك بيان اتجاهات الوالدين واستجاباتهمانحو تلك الأحداث . ويجب تقييم استجابة المريض نحو الانفصال عن الوالدين . ونوضح هنا ايضـــا أســلوب الوالدين فى النظام واســتجابة المريض لها بالخوف أو الخجل او الاحساس بالذنب . واذا كان هناك احساســات بالنقص فيجب الكشف عنها . كما يجب تســجيل ماقد يكون هناك من أساليب التعويض ، وما يكون هناك من تعبيرات عن الكراهية والغضب والعدوان واهدافها الرئيسية ، وكذلك وســائل مواجهة الضغوط التى يتعرض لها . كما نسجل ماقد يكون هناك من اضطرابات كاضــطراب الكلام والتبول اللاارادى والجولان النومى والمخاوف .

وحيث ان التعليم يبدأ فى الطفــولة فيجب أن نعرف سن الالتحاق والانتهاء من المدرسة وعدد مرات الرســوب أو اى دليل عن القدرات غير العادية ، واتجاهات الطفل نحو مدرسيه وزملائه . ويجب هنا أيضـــا تسجيل ما تعرض له المريض فى طفولته من أمراض ومددها ومضاعفاتها

وما تركته من آثار حيث تكشف هذه الدراسة عن أصل أهم أوجه العجز وسماتها فيما بعد .

مرحلة المراهقـــة : لهذه المرحلة خصائصــها وفيهــا يظهر كثير من الضغوط التى يتعرض لها الفرد فى السنوات المبكرة من النمو .ويجب الكشف عن استجابات المريض نحو عملية البلوغ والعــلاقات بالآخرين والتعليم . كما يجب ملاحظة اهتماماته الجنسية ، واستجاباته لما يصدر عن زملائه من اهتمــامات . ومن الامور الهــامة هنــا تلك التى تتعلق باستجابة الوالدين لرغبة طفلهما فى استطلاع الامور الجنسيةوالاحساس بالذنب فيما يتعلق بعملية الاستمناء ، والجنسية الغيرية او المثلية وفى النمو الجنسى . وحيث أن المراهقة فترة تظهر فيها الرغبــة فى تحقيق الذات والاستقلال ، فانه يجب الكشف عن طبيعة الصداقات التى كان يكونها المريض ومدى مشاركته فى انشطة جماعة المراهقة ، ومصــادر تقمص المبادىء التى يتبناها ، واتجاهاته نحو السلطة .

مرحلة النضـــج : وحيث ان هذه المرحلة تأتى بالرغبــة فى الزواج وتربية الاطفال والتوافق المهنى ومشاكل اقامة علاقات فعالة مع اولئك الذين يشغلون السلطة ومع الزملاء ، وكذلك اقامة علاقات اجتماعيةفان التاريخ الشخصي يجب أن يتضمن بيانات تتعلق بهذه الامور.وبالنسبة للتوافق الأسرى فيجب أن يتضمن التاريخ الشخصي بيانات عن التوافق الجنسي ، وتربية الاطفال وميزانية الاسرة والاتجاهات نحوتنظيم النسل ، والاجهاض . واذا كان هناك طلاق فيجب الاستفسار عن أسبابه . واذا كان المريض قد فشل فى الزواج فيجب البحث فى استمرار اعتماد المريض على والديه أو فى وجود اتجاه للجنســة المثلية أو اتجاه الكراهيــة نحو الجنس الآخر .

وفيما يتعلق بالتوافق المهنى فان المجالات ذات الدلالة تكمن فى الاستفسار عن الدوافع التى دفعت المريض الى اختيار مهنته ، وانتاجيته والاستمرار فيها والعلاقات القائمة بينه وبين زملائه فى العمل . وقدرة المريض على تقبل تعليمات السلطة أو رفضها تدل الى حد ما على مستوى نضج المريض الانفعالى . ويجب ان نبحث بدقة استجابته الانفعالية نحو ترقيته أو ترقية زملائه . ويلزم هنا دراسة المهن المختلفة التى التحق بها ، والمواقع التى شغلها والاجور التى حصل عليها ، واسباب تغييرها ، والاتجاه نحو العمل والرضي به ، وعادات صرف وادخار النقود وعما اذا كانت أهدافه فى الحياة قد تحققت .

مرحلة النضج المتأخرة : ان السنوات المتأخرة من الحياة لها مشاكلها الخاصة بها . وهنا يجب أن نسأل عن مرحلة اليأس والاستقلال والانفصال عن الاولاد ، والتقاعد عن العمل ، وعلينا أن نعرف نشأة أى اهتمامات خاصة ، أو اى أساليب ترويح أو انشطة اجتماعية ، وما تحدثه من اشباع أو ضغوط مما يبين طبيعة تفاعل شخصية المريض .

ويجب معرفة ما اذا كان المريض يتعاطى الكحول او اى عقاقير لازالة التوتر . وكذلك الكشف عن اهتمام المريض الدينى ومزاولته ، والاشباع الذى يحدثه له . وغالبا ما يفيد أن نحصل على وصف للأنشطة التى يقوم بها المريض خلال اربع وعشرين ساعة . وعلينا أيضا ان نستفسر عن أحلامه وخططه للمستقبل ، فهذه البيانات تدل على مستوى طموحه ومثله ودوافعه .

وعلى أساس تاريخ النمو يمكن ان نصل الى تقدير للتوافق الاجتماعى للمريض ، ونشاطه العام ، وسمات شخصيته . فمن حيث التوافق الاجتماعى ، لابد أن نوضح ما اذا كانت علاقة المريض بالآخرين

علاقة مشبعة له أم لا . واذا كانت العلاقة غير مشبعة فلماذا ؟ . وهل اتجاهاته نحو الآخرين اتجاهات المحبة ام الكراهية ؟ . وهل يتمتع المريض بدرجة من العطف والاحترام من الآخرين مما يؤدى الى الاحساس بالأمن واحترام الذات ؟ .

وحيث ان العلاقات بالآخرين بما تتضمنه من اتجاهات ايجابية وسلبية قد يكون لها دلالتها الكبيرة ، فانه يجب الاستفسار عن أى اتجاهات خاصة نحو الوالدين والاخوة أو الآخرين ممن يكون لهم صلة بالمريض .

ومن حيث نشاطه العام نوضح اهتمامات المريض وانشطته وما قد يكون هناك من اهتمام شديد بنوع معين من الأنشطة .

وفيما يتعلق بسمات شخصية المريض فيجب ان نحصل على بيانات عن ثباته الانفعالى ، ومرحه أو اكتئابه ، وتفاؤله وتشاؤمه ، وجراته او خجله ، وثقته وحرصه واعتماده على النفس أو تواكله ، وانبساطه أو انطوائه وصراحته او كتمانه ، وثرثرته او صمته ، وسيطرته أو خضوعه ، وكرمه او بخله . وكذلك نوضح مدى سعيه للحصول على دعم الآخرين واعترافهم به . ونبين ايضا كيفية تعبيره عن العدوان ، وارتياحه او عدم ارتياحه فى وجود الغرباء . ونوضح ايضا سمات شخصيته من حيث تشككه واستياؤه ولوم الآخرين ، ومن حيث عناده وحقده وقسوته وحساسيته واستثارته وجموده ، وتقبله لتحمل المسئولية ، واتجاهه نحو السلطة واساليبمواجهته للضغوط والفشل. وهنا ايضا نكشف عن استجابات المريض نحو المواقف الجديدة والأساليب التى يستخدمها عادة فى ازالة توتره . ويجب أيضا توضيح اتجاه المريض

نحو ذاته ، وكذلك اهـدافه وطموحه . ويجب الاهتمام بالمجالات التى يحدث فيها اشباع للمريض . فنبين مدى اشـباع الحاجة الى العطف والامن وتحقيق الذات . وعلينا أيضا تحديد المواقف التى احدثت التوتر الانفعالى والضغط الاقتصادى او الاجتماعى . ويجب ان نشجع المريض ليعبر بحرية عما يرتبط فى ذهنه من مواقف ذات دلالة فى حياته ونبين احساساته نحوها .

سادسا : الفحص

يتضمن هـذا الفحص ، الفحص الطبى للجسـم بأبعاده المختلفة ، وكذلك الفحوص النفسية للأبعاد السلوكية من عقلية وانفعالية ودافعية. وسنعرض هنا للاطار الذى يمكن ان يتم فيه كل من الفحص الجسـمى والنفسى مما يساعد مع خطـوات الفحص السابقة فى عملية تشـخيص الاضطراب والتنبؤ بمساره .

الفحص الجسمى

يتميز الاضطراب النفسي دائما بتغيرات تشمل كل أجزاء جسم الفرد . وهنا يلزم فحص الجهاز الدورى ، والجهاز التنفسى والجهاز الهضمى ووظائف الاخراج ، والافرازات ، وكذلك محتوى الدم من البروتين والدهون والكربوهيدرات ، وبالاضافة الى ذلك يجب قياس درجة الحرارة بانتظام ، حيث ان بعض الاضطرابات النفسية يصاحبها ارتفاع فى درجة الحرارة ، كما يجب ملاحظة عملية التبول والتبرز بانتظام ، حيث أن اضطرابها قد لا يرجع الى اضطراب فى أجهزة اخراجها ولكن قد يرجع ايضا الى هذاءات المريض أو عناده .

ويجب تحليل عينات من الدم بانتظام ، فهذا التحليل قد يكشف عن بعض الاضطرابات فزيادة خلايا الازينوفيل تظهر فى حالات الشلل المتقدم كما يحدث زيادة فى كرات الدم البيضاء قبل وبعد نوبات الصرع . واضطرابات أخرى كزيادة الثوركسين ، وانخفاض وظيفة الأدرينالين واضطرابات وظائف الغدد التناسلية غالبا تتكشف من الفحص الجسمى الدقيق للمريض الذى يعانى من الاضطراب النفسي .

ومن الضرورى ملاحظة البناء الجسمى للمريض ، فهناك تكوينات جسيمة شاذة النمو كالطفلية والعملاقية والقزمية ، ووجود علامات الذكورة على النساء وعلامات الأنوثة على الرجال ، حيث ان لهذه الاضطرابات دلالات سلوكية هامة . ويجب ايضا فحص الجلد بدقة من حيث لونه وتوتره وطبقة الدهن تحت الجلد ، وما قد يوجد به من بثرات وزوائد ودمامل .. الخ . فلهذا أيضا دلالته . ومن الجدير بالدراسة أيضا فحص السائل المخى الشوكى ، فالسائل العادى يكون شفافا وعديم

اللون ، وقلويا قليلا فى تفاعله وكثافته مابين ١٫٠٠٢ و ١٫٠٠٧ . وعدد الخلايا فى المليلتر من السائل ما بين خلية وخمس خلايا . وتزداد هذه الخلايا الى ثمانين أو مائة أو يزيد فى المليلتر فى حالات امراض الالتهاب فى المخ والأغشية السحائية . ويكشف فى السائل المخى الشوكى عن البروتين الذى يكون فى العادة ما بين ٢ر و ٣ر مليجرام فى المليلتر . وزيادة محتوى البروتين يدل على امراض كالشلل المتقدم والالتهابات السحائية واورام المخ . وندرس هنا ايضا نسبة الالبومين الى الجلوبيولين التى تتغير فى عمليات مرضية مختلفة .

والفحص العصبى من الفحوص الجسمية الضرورية ، حيث أن الاضطرابات النفسية قد تتضمن أعراضا عصبية من نوع أو آخر . وأكثر الاضطرابات العصبية اهمية هى تلك التى تحدث فى الاعصاب الدماغية وخاصة العصب البصرى . ففى بعض الاضطرابات النفسية لا يتغير انسان العين فى الحجم فقط ، حيث يضيق فى خبل الشيخوخة ، وزهرى المخ ، ويتسع فى تسمم الاتروبين وحالات القلق والخوف ، ولكن يفقد انسان العين أيضا مرونته ، كما يفقد انسانا العينين تساويهما .

ونلاحظ غالبا فى حالات الالتهاب السحائى وخاصة الوبائى منه ، أعراض كارتخاء الجفن العلوى للعين ، والحول وعدم حركة مقلة العين ، وقلة رمشها . وهناك مجموعة من الأعراض يكشف عنها فحص قاع العين ، كالقرص المختنق والتهاب العصب البصرى أو ضموره . ومن الأهمية هنا فحص حدة الابصار والمجال البصرى وتمييز الألوان ، وفى حالة الاضطرابات العضوية الواضحة فى المخ قد يحدث العمى فى نصف المجال البصرى ، أو فى جزء منه .

وخدل عضلات الوجه يظهر فى اضطراب التعبير او فىعدم القدرة على تحريك الوجه كلية .

وعند فحص أعصاب المخ يجب ملاحظة أى عدم تماثل وجهى ، كجذب احد جانبى الفم الى الجانب الآخر ، وانحراف اللسان عن خط الوسط عند بروزه من الفم .

كما يجب هنا أيضا فحص الجهاز الدهليزى الذى يسبب الدوار والغثيان وزيادة حركة مقلة العين .

ومن الضرورى ملاحظة اضطرابات حاسة الشم والتذوق .

وتزداد الانعكاسات الوترية ، كما تصبح غير منتظمة فى حالة الاضطرابات الناتجة عن اصابة المخ العضوية . كما نلاحظ شدتها فى حالة الاضطرابات الوظيفية للجهاز العصبى . ويجب أيضا فحص أعراض اضطراب المسار الهرمى أو ما يسمى بالانعكاسات الباثولوجية كعلامة بابينسكى .

وفى بعض الاضطرابات النفسية كالتخلف العقلى واضطراب الوعى يظهر انعكاسات القبض والمص والتى يمكن الكشف عنها بلمس راحة اليد والشفتين . وتنشأ هذه الانعكاسات عادة من تأثير المسارات التى تربط بين انوية النخاع المستطيل والقشرة المخية . ويجب ان نشير الى بعض الاعراض القشرية والسحائية التى تحدث فى الالتهاب السحائى او مع زيادة الضغط داخل المخ وخاصة تقلص العضلات البصرية والقىء وتغيرات الأوعية الدموية فى قاع العين ، وضمور العصب البصرى والعمى فى نصف المجال البصرى او فى جزء منه والعمى الكلى .

واضطرابات الحس فى الاضطرابات النفسية تتميز بتعدد

صورها . فأمراض المخ العضوية قد تؤدى الى كل من زيادة الحساسية او قلتها ، تبعا للمستوى الذى يتأثر عنده المسار العصبى . واضطراب الاعصاب الطرفية تؤدى الى اعراض من قلة الحساسية والتخدير . وتركيز المرضي فى عقد تحت القشرة ، فى منطقة الثلاموس يتميز بأعراض من حدة الادراك للاحساسات المختلفة من الم ، وبصر وسمع .

ومن الاضطرابات الوظيفية الجديرة بالذكر اضطرابات الكلام كتعسر النطق وفقدان الكلام الحسى وفقدان الكلام الحركى وفقدان الكلام . ومن الأهمية بمكان أن نشير الى ان معظم الاضطرابات النفسية تؤدى الى اضطرابات واضحة فى الجهاز العصبى النمائى . غير أن بعض المرضى يظهرون أعراضا يسود فيها تأثير الجهاز العصبى الباراسمبثاوى بينما يظهر البعض الآخر اعراضا يسود فيها تأثير الجهاز العصبى السمبثاوى ، وتتحد أعراض الاضطراب فى الجهاز العصبى النمائى بما اذا كان الاضطراب يشمل الأجزاء الطرفية أو المركزية من الجهاز العصبى وخاصة المراكز النمائية فى منطقة الهيبوثلاموس . ويلاحظ ان اعراض سيادة تأثير الجهاز العصبى الباراسمبثاوى تظهر نتيجة حقن مليلتر من محلول واحد فى المائة من البيلوكاربين هيدروكلوريد تحت الجلد مما يؤدى الى زيادة سرعة النبض ، وزيادة افراز اللعاب والعرق. ويؤدى استخدام الضغط على مقلة العين الى بطء النبض فى حالة المرضي الذين يسود لديهم تأثير الجهاز العصبى الباراسمبثاوى . وسيادة تأثير الجهاز العصبى السمبثاوى تتضح بحقن مليلتر من الأدرينالين المخفف بنسبة ١ : ١٠٠٠ مما يؤدى الى زيادة ضغط الدم وسرعة التنفس وزيادة النبض وزيادة عدد كرات الدم البيضاء ومحتوى الدم من السكر .

ومن الفحوص التى يمكن اجراؤها ، الفحص بأشعة x التى توضح

اى تغيرات تحـدث فى عظام الجمجمة ، وكذلك الأورام التي قد توجد فى المخ . وهناك فحص متقدم بأشعه x يقـوم على حقن الهواء فى تجويف الجمجمة ، وبهذا يمكن الكشف عن وجود اى تمددات فيها أو عدم انتظام أى ازاحة فى البطينات المخية .

وقد يكـون لحقن الهـواء فى الجمجمة أثر علاجى ، وخاصـة فى الاطفال الذين يعانون من آثار التهابات سحائية . حيث يعمل الهواء على تمزيق الالتصـاقات التى تكون قد تكونت ، فيزول بذلك الصـداع والنوبات التى يعانى منها المريض .

وفى السنوات الاخيرة ، أصـبح هناك اهتمام كبير برسم شرايين المخ الذى يقـوم على أشعة x بعد حقن مادة عاكسـة ، كمادة الثوريوم دايأكسـيد فى شرايين المـخ . ورسـم الشرايين هذا يوضـح التمددات المرضية فى الأوعية الدموية وكذلك أورام المخ . ومن الفحوص الشائعة رسم المخ الكهربائى . فالتيار العصبى الذى يمـر فى الليفـة العصبية ، يؤدى الى تغيرات فى الشحنة الكهربائية أو فى الجهد الفعال على سطحه . وهذا الجهد الفعال الذى يميز الموجة الكهربائية التى تمر خلال الليفة ، يمكن أن يساعد فى تحديد تقدير تقريبى لنشاط العصب . وفى القشرة المخية حيث يوجد عدد كبير من الخلايا العصبية تتفاعل فيما بينها ، يكون النشاط الكهربائى فى المخ عبارة عن مجموعـة الفروق بين جهود النيرونات . وتتراوح كمية الكهرباء التى تنتشر على سطح القشرة المخية ، مابين ١٠٠ الى ١٠٠٠ ميكروفولت .

وعند تسجيل تيارات القشرة المخية ، نجد صورتين اساسـيتين من النشاط الكهربائى الصورة الفا والصورة بيتا . والصورة الفا تتكون

من مجموعات من الموجات المنتظمة بتردد من ٨ الى ١٣ ذبذبة فى الثانية. وتظهر صورة الموجات الفا بوضوح فى المنطقة الجدارية والقذالية وتختفى هذه الموجات بالمثير البصرى أو بتركيز الانتباه على شيء ما . والصورة بيتا توجد أساسا فى الأجزاء الأمامية من المخ وبترددات ١٨ ، ٣٠ ، ٥٥ ذبذبة فى الثانية .

والعمليات الباثولوجيـــة فى المخ تؤدى الى عـــدد من التغيرات فى تياراته الكهربائية حيث يظهر موجات سريعـــة أو موجات بطيئة بتردد اربع أو خمس ذبذبات فى الثانيـــة ، ونلاحظ بطء تردد الموجات فى حالة استسقاء المخ ، وزيادة الضغط داخل الجمجمة والاغماء ، ونقص السكر فى الدم . وقد يحدث أيضا موجات ذات جهد عال فى صورة قمم منعزلة غير منتظمة من موجات دلتا البطيئة أو موجات فجائية تختلف فى الطول والتردد من ثلاث الى خمس وثلاثين أو يزيد من الذبذبات فى الثانيـــة . وتفيد رسومات المخ الكهربائية لا فى تحديد شدة العملية الباثولوجية فقط ولكنها تفيد ايضا فى تحديد موضعها كما تفيد فى التشخيص الذى يفرق بين الاضطرابات بعضها وبعض .

الفحص النفسى

يقوم هذا الفحص على مقابلات لها أبعـــاد محددة نحـــاول الكشف عنها ، بما يتم فيها من ملاحظة وتساؤلات . كما يقوم الفحص أيضا على أستخدام أساليب القياس النفسي المختلفة من اختبارات للقدرات العقلية وقوائم للشخصية وأساليب قياس اسقاطية ، وذلك لتأكيد ما نكون قد توصلنا اليه عن طريق المقابلات من تشخيص لابعاد سلوك المريض .

ونبدأ فى المقابلة بدراسة المظهر العام واتجاه السلوك . وهنا نلاحظ

كيفية دخول المريض حجرة الكشف ، وكيفية مصافحتـه للموجودين . كما نلاحظ وجه المريض والتوترات النفسحركية المختلفة التى تعبر عن انفعالاته ، ونلاحظ ايضا اى علامات فسيولوجية عن القلق كبلل اليدين او تصبب العرق من الجبهة او عدم الاستقرار او الوضع المتوتراوالصوت المنفعل او اتساع حدقة العين . ويجب كذلك ملاحظـة اى شـذوذ على المظهر الجسمى للمريض،بما فى ذلك اى خصائص ترتبط بالجنس الآخر، كما نلاحظ ملبسه ، فغالبا ما يكشف الملبس بعض سمات شخصيةالفرد. وعلينا أن نلاحظ استجابة المريض للفحص من حيث تقبله او رفضه اياه، فقد يكون لها دلالتها .

وبعد تسجيل تلك الملاحظات العامة ، يقوم الاخصائى بفحص المريض فيما يتعلق بوظائف الشخصية التالية :

الوعى

ونلاحظ هنـا الحالة الوظيفية للاحساسات من حيث صفاؤهـا أو تلبدها ومن حيث توقفها فى عملية الارتباك أو الذهول أو الفقدان .

الانفعالية

ويستفسر عن الحـالة الانفعـالية بسـؤال المريض عن معنوياته ، وعندما يوضح المريض حالته الانفعاليـة يمكن ان نسـأله عن سبب احساساته هذه . ويمكن ملاحظة نوع الانفعال من حيث شـدته واستمراره فى تعبيرات وجه المريض وتوتر عضـلاته ، وهنـاك بعض الحالات تتميز بمكونات انفعالية مضطربة كالخوف وتوهم المرض وتوقع الشر والقلق واليأس وعـدم الرضي والاستثـارة والتشـكك والغضب والكراهية .

السمات التعبيرية للسلوك

فى هذا المجال من الفحص يلاحظ نشاط المريض العام معالاهتمام

بالدوافع والاستعدادات والعادات التى تحدد هذا النشاط . فنلاحظ كلا من السلوك التلقائى وغير التلقائى للمريض،ومدىمطابقة هذا السلوك للواقع ، وما اذا كان المريض على استعداد لبذل المجهود او انه يتجنبه. كما نلاحظ ما اذا كان المريض زائد النشاط او انه بطىء ، وما اذا كان غير مستقر أو مندفعا . ومن الاضطرابات التى يجب ملاحظتها الذهول والعناد ، والرتابة والجمود واللزمات والطاعة العمياء . وعلينا كذلك ان نوضح اىافعال قهرية ، أو أى دليل عن الشخصية الوسواسة. واذا كان المريض يعانى من الاكتئاب فيجب معرفة ما اذا كان هناك دلائل على الانتحار .

التداعى وعمليات التفكير

وهنا نلاحظ توقيت التداعى وخصائص عمليات التفكير . فيجب ملاحظة اى سرعة غير عادية فى التداعى ، كتطاير الافكار ، وكذلك اى بطء فيها . ونلاحظ ايضا اى اضطراب فى التفكير من حيث الحشو العرضى، أو عدم التناسق أو التوقف او عدم الملاءمة أو اللغة المستحدثة أو المصاداة أو الرتابة أو الكلمات المختلطة .

مضمون التفكير والاتجاه العقلى

يلاحظ هنا ما اذا كان هناك اتجاه عقلى عام يحكم معتقدات المريض وسلوكه . ويتضمن المحتوى العقلى المرضي انشغال المريض بأفكار عن تقدير الذات الزائد ، او التقليل منها ، أو بأفكار توهم المرض او بأفكار الانعدامية ، أو بالافكار المرجعية أو بأفكار التأثير . ويجب تشجيع المريض على أن يكشف تلقائيا عن المحتوى النفسي مع استخدام اقل قدر ممكن من الاسئلة المرشدة .

وعادة عندما يقص المريض قصة حياته وخبراته الحديثة فانه يشير بما قد يوضح وجود هذاء ، واذا لم يتضح وجود الهـذاء ، فانه يمكن الاستفسار عما اذا كان المريض قد واجه خبرات غير عادية او شاذة . كما يمكن هنا أيضا ان نسأل المريض عما اذا كان الناس يشيعون الاكاذيب عنه أو يحاولون ايذاءه . وعندما يفصح المريض عن محتواه النفسي من افكار علينا ان نبحث عن طريق نوع الهذاء ومعرفة دلالة ما أوضح عنه المريض ، وكذلك علاقة ذلك بحاجاته . كما نبين أيضا السبب الذى دفع بالمريض الى اتخاذ الهذاء اسلوبا لاشباع حاجاته . ويلاحظ غالبا أن المحتوى الشعورى للهذاء يكون على النقيض من المعنى الحقيقى. فعبارات المريض تكون غالبا مؤشرات للحقائق النفسية التى تخفيها . فالدوافع التى يصف بها المريض الآخرين قد تمثل رغبات المريض نفسه ودوافعه ، كما تشير غالبا هذاءات العظمة الى الاحباطات التى تعرض لها المريض . واذا ما طلب من المريض كتابة فصل عن حياته فانه غالبا ما يكشف عن بيانات ذات دلالة مرضية .

الادراك

فى حالات التسمم الشديدة وفى الحالات العضوية قد يضطرب الوعى بشدة ، الامر الذى تستحيل معه العمليات العقلية الضرورية للادراك ، مما يكون نتيجته عدم الادراك . وفى حالة الاضطراب النفسى وخاصة الهذيان أو الحالات الانفعالية يجب أن نكشف عن بيانات لخبرات المريض الادراكية حتى يمكن توضيح أى دليل عن اضطراب الادراك . وتتوقف طريقة الاستفسار عن الهلاوس على عوامل عديدة ، وخاصة تكامل شخصية المريض ومدى ادراكه أن الهلاوس نوع من الاضطراب . وغالبا ما تؤدى بعض اشارات المريض اذا تتبعناها الى الكشف عما اذا كان هناك

هلاوس ام لا . ويحدث غالبا أن المريض يذكر خبراته من الهـلاوس اذا سئل عما اذا كان قد انتابته خيالات .

الذاكرة

يمكن تقدير الذاكرة البعيدة اذا قام المريض بذكر بيان زمنى عن حياته من حيث تاريخ التحاقه بالمدرسة وتركه لهـا ، وأماكن وتواريخ الوظائف التى التحق بها ، وأسماء رؤسـائه فى تلك الوظائف . ويمـكن اختبار ذاكرة المريض القريبة بسـؤال المريض عن وقت حضـوره الى المستشفى والمكان الذى حضر منه ومن كان معه عند حضوره وغيرها من الاحداث القريبة . واذا كشف المريض عن اضطراب فى الذاكرة القريبة، فيجب أن نلاحظ وجود أى محاولة للمريض لملء الفجوات بالاراجيف . ويمكن اختبار القدرة على الاحتفاظ والاسترجاع باعطاء المريضمجموعات من أربعة أو خمسة أرقام غير متسلسـلة ثم يطلب من المريض ترديدها بنفس الترتيب أو بترتيب عكسي . وهناك اختبار آخر يغلب استخدامه يتضمن اعطاء المريض أحد العناوين أو أسماء بعض الاشياء معالتعليمات بتذكرها . وبعد فترة محددة من الزمن قد تكون خمس دقائق أو ساعة، يطلب من المريض استرجاع ما تذكره .

تحصيل المعلومات

ويتضح هذا من اجابات المريض عن أسئلة تتعلق بالاحداث الجارية والمعلومات العامة والمعلومات التى اكتسبها فى المدرسة .

الحكم

يقصد بالحكم القدرة على مقارنة الحقائق أو الافكار ، لتفهم العلاقات بينها واستخلاص الاستنتاجات الصحيحة منها. وصحة تقديرات المريض

وتفسيراته للامور الموضوعية الخارجيــة والدرجــة التى يدرك فيهـــا العلاقات التى توجد بين العوامل والاحداث تدل على نوع حكم المريض . ويتأثر الحكم بادراك المريض وسماته الانفعالية . ويمكن أن يشمل الحكم تقدير المريض لاضطرابه النفسى . واذا توقف الحكم الموضوعى فعلينا أن نبحث عما اذا كان القصور قد حدث نتيجة لاضطراب تسممى للحواس ، او تدهور أو التهاب مراكز المخ العليا ، أو أنه اضطراب نتيجة للمؤثرات الانفعالية . وفى تقدير حكم المريض ، نحاول التعرف على ما اذا كان المريض يقوم بأمور عمله بحصافة وانه يقوم بمسئولياته العائلية .

الاستبصار

نقصد بالاستبصار درجة وعى المريض بمرضه وادراكه لطبيعتــه والعوامل المسببة له . كما أن الاستبصار يدل على قدرة المريض على تفهم نفســه . ونقوم هنا بدراسة تقدير المريض لكيفية تأثير المشاكل الانفعالية على توافقه الاجتماعى وأداء واجباته العادية بنجاح . كما نحاول معرفة ما اذا كان المريض يدرك امكانياته . كما نسأل المريض عن الاسباب التى دفعته الى استشارة الطبيب . واذا كان فى المستشفى ، فيجب الاستفسار عن سبب التحاقه بها ، وعما اذا كان التحاقه برغبتــه ، وحاجتــه الى العلاج . وغالبا ما يحسن الاستفسار من المريض عما اذا كان قد انتابه أى تغيير فى نظرته للحياة أو فى احساساته أو فى اهتماماته او فى تفكيره. وعلينا أن نعرف ما اذا كان المريض يرغب فى أن يساعده الآخرون، ومعرفة ما هى المحاولات التى يبذلها للتوافق مع ما يوجد فيه من موقف . وعدم وجود الاستبصار ليس بغريب ، حيث لايكون لدى المريض الاستعــداد الانفعالى لأن يواجه ويقيم وجود صراعات او يقيم طبيعة الاعراض التى انتابته . ومن الجــدير بالذكر أن نشير الى أن هدف العــلاج النفسى

يعتمد على اكتساب المريض الاستبصار الذى يساعده على تفهم الاصول اللاشعورية لمشاكله وعواملها الوراثية وديناميكياتهـــا ، والتى غيرت من ديناميكية تكوين شخصيته .

نضج الشخصية

حيث أننا نقوم بدراسة شخصية المريض من خلال المقابلات المتتابعة، فانه يمكن من هذه الدراسة تقييم ما تتسم به شخصية المريض من نضج. فنلاحظ ما اذا كانت اتجاهات المريض تتلاءم ومرحلة نمـو شخصيته ، ومتسقة مع عمره الزمنى . وقد يتبين نمو الشخصـــية من الرؤية التى يرى بها المريض حياته وعمله وما يتخذه المريض من أساليب لاشـــباع حاجاته والادوار التى يتطلبها من الآخرين . وتقـــدير نضـــج شخصية المريض امر هام فى تقدير امكانياته فى العلاج . فالنمو الناضج يســـمح المريض بأن يقوم بالدور المطلوب منه فى العلاج .

القيــاس النفسي

تناولنا فيما سبق بعض السمات التى يمكن الكشف عنها فى المقابلة التى يقوم بها الطبيب ، ولمزيد من الوضـــوح والتحـــديد يلزم استخدام بعض المقاييس النفسية التى يمكن الكشف بها عن بعض القدرات العقلية والسمات الانفعالية والدافعية . وبهذا نصل الى قياس مقنن عن طريق مقاييس لها أسسها فى التطبيق والتفسير ، بدلا من أن نقتصر فى تقديرنا لابعاد شخصية المريض على مجرد المقابلة . وسنتناول فيما يلى عرضا موجزا لبعض المقاييس النفسية الشائعـــة الاستعمال بهـــدف التعريف بها فقط .

مقياس وكسلر للذكاء

وضع وكملر هذا المقياس سنة ١٩٣٩ ويستخدم للافراد فى سن

ما بين السادسة عشرة والرابعة والستين أو يزيد . ويتكون من أحدعشر اختبارا فى مجموعتين ، مجموعة الاختبارات اللفظيــة وتتكون من ست اختبارات تقيس المعلومات العامة والفهم العام ، والسـعة الرقميــة ، والقـــدرة الحسابية ، والمتشابهات والمفردات اللغـــوية . ومجموعة الاختبارات الادائية ، وتتكون من اختبارات ترتيب الصـــور ، وتكملة الصور ، وبناء المكعبات ، وتجميع الاشياء ، والرموز الرقمية . ونقـــدر وحدات كل اختبار على حدة ، بحيث يعطى مجموعهـــا درجة خام لكل اختبار . ثم توزن هذه الدرجات الخام وتحول الى نسبة ذكاء بالنسبة لمتوسط المجموعة التى ينتمى اليها الفرد .

وقد وضع وكسلر أيضا مقياسا مشابها للاطفــال فيما بين سن الخامسة والخامسة عشرة ، ويتكون المقياس من مجموعة اختبــــارات لفظية وتشمل اختبارات المعلومات العامة ، والفهم العام والسعةالرقميه والقدرة الحسابية والمتشابهات والمفردات اللغوية . كمـــا يتكـــون من مجموعة اختبارات أدائية تشمل اختبارات ترتيب الصـــور ، وتكمـــلة الصور ، وبناء المكعبات ، وتجميع الاشياء والشفرة والمتاهات . وقـــد أختصر عدد الاختبارات الى عشرة اختبارات فحذف اختبـــار الســـعه الرقمية واختبار المتاهات على أساس ضعف ارتباط كل منهما باختبارات المجموعة التى ينتمى اليها ، ولطـــول الوقت الذى يســـتغرقه اختبـــار المتاهات . ولكن يمكن اعتبارهما اختبارين تكميليين واستخدامهما اذا سمح الوقت بتطبيقهما . ويعطى هنا أيضا كل اختبار درجة خام تحول الى درجة معيارية ثم تجمع الدرجات المعيارية وتحول الى نســـبة ذكاء بالنسبة لمتوسط المجموعة التى ينتمى اليها الفرد .

وعلى الرغم من أن اختبارات الذكاء تفيد فى قياس التكوين العقلى

للفرد الا انها لاتفيد فى قياس السمات الانفعالية والدافعية له . وعلى ذلك بذلت محاولات كثيرة لوضع أساليب أخرى يمكن بهـــا الكشف عن الحاجات والاتجاهات والسمات الانفعالية وكلهـــا أبعاد ذات أهمية فى تكوين شخصية الفرد . ومن هذه الاساليب :

اختبار بقع الحبر لرورشاخ

وضع هذا الاختبار الطبيب السويسرى رورشاخ سنة ١٩٢١ ، ويعطى الاختبار معلومات تتعلق بقدرة المريض العقلية كما أنه يكشف عن سمات الفرد الانفعالية والدافعية ، ويتكون الاختبار من عشر بطاقات على كل منها بقعة حبر مقننة فى نصفين متماثلين . خمس بطاقات لونها رمادى قاتم فى تظليلات مختلفة عديدة وبطاقتان لونهما رمادي قاتم مع وجود اللون الاحمر ، وثلاث بطاقات متعـــددة الالوان . ويتضـــح في بقع الحبر عديد من الاشكال المتباينة ، والتظليل واللون بحيث قد يكون لها قيمة ايحائية للمفحوص . وعند تطبيق الاختبار يطلب من المفحوص ان يقرر ما يراه من البقع أو ما توحى له به البقع .

وبتكوين أشكال ذات معنى من بقع الحبر عديمة المعنى ، يكشف المفحوص عن سمات شخصيته الأساسية . فما يراه الفرد يصبح تعبيرا عن ذاته . فعندما يقرر المريض ما يبدو له من بقع الحبر ، فـــانه يخبر الفاحص عن اتجاهاته واحساساته وصراعاته وغيرها من ابعاد شخصيته . وبهذا الاختبار الاسقاطى يحصل الفاحص على بروفيل نفسي لشخصية المفحوص . وقد يكشف عن مؤشرات تكمن وراء اضطرابه . كما يفيـــد الاختبار فى العلاج النفسي حيث يختصر عمل المعالج بكشفه عن مكونات

شخصية المريض وردود فعله . ويتم التطبيق وتقدير الاســـتجابات والتفسير طبقا لأسس معينة .

اختبار تفهم الموضوع

وضع هذا الاختبار موراى سنة ١٩٤٣ ويتكون من عشرين صورة لأشخاص فى مواقف متباينة غامضة ولكنها روائية .ويقوم بسرد قصته عن كل صورة ، من حيث طبيعة الموقف وعلاقة الأفراد فيه ، وما حدث لهم ، واحساسانهم عنه . ونهاية ذلك . وعادة مـا يتقمص المريض شخصية الصورة ويسقط عليها صورته وصـورة الافراد الذين لهـم تأثير فى حياته . فالخيال الـذى يثار يعكس الاحساسات والحالـة الداخلية والأمور الكامنة والمكبوتة والابعاد المختفية من الشخصية . وبهذا يكشف الاختبار عن بيانات عن اتجاهات المريض وآرائه نحو والديه ونحو الموت والعنف والجنس ... الخ . وتحـدد القصص التى يسردهـا مؤشرات عن مسـتوى ذكائه ، ومدى ونوع اهتماماته وتوتراته . ومن الجدير بالذكر أن عناصر القصص لاتكون كلهـا ذات دلالة ، وعلى ذلك فيجب العناية فى اختيار العناصر الدالة .

اختبار بندر ـ جشتالت

وضع هذا الاختبار لوريتابندر سنة ١٩٣٨ . ويتكون هذا الاختبار من تسعة اشكال هندسية اختارتها من الاشكال التى وضعها فيرثيمر فى دراسته للادراك . وتعرض الأشكال التسعة على المفحوص ويطلب منه نسخها يراه . كما يطلب منه بعـد فترة قصـيرة ان يضع ما يمكن ان يستدعيه من اشكال ، وتنظيم الرسومات ووضع الورقة ، وانحرافات

الرسومات وتطويرها . وأى فروق فى حجم الشكل وغيرهـا من عوامل يمكن أن يستخدمها الفاحص فى الكشف عن أبعاد شخصية الفـرد . وبسبب اعتماد هذا الاختبار على الوظائف البصر حركية ، فان الاختبار غالبا ما يساعد فى الكشف عن الاضطرابات العضوية . وعلى الرغم من ان بندر قد استخدمت الاختبار على انه مقياس للنضج ، الا ان كثيرا من المشتغلين بالقياس النفسى فى السنوات الأخيرة قد وجدوه أكثر فائدة كاختبار اسقاطى حيث يكشف عن بعض المؤشرات لأبعاد الشخصية .

اختبار رسم الشخص

قامت باعداد هذا الاختبار ما كأفر سنة ١٩٤٨ وهو من الاختبارات الاسقاطية واسعة الاستخدام فى تحليل الشخصية . ويطلب من المفحوص رسم شخص ، وبعد الانتهاء من الرسم يطلب منه رسم شـــخص من جنس غير جنس الشـــخص المرســوم اولا . ويسجل الفاحص تسلسل تفاصيل الرسم وتعليقات المفحوص اثناء الرسم . وبعـد الانتهـاء من الرسم يقوم الفاحص بتوجيه قائمة من الأسئلة تدور حـول الشخص المرسوم من حيث سنه وتعليمه ومهنته وطموحه ، واتجاهاته نحو والديه واصـــدقائه ، واسرته والجنس والزواج وتركز فى تفسيرهـا للرسم على التحليل الكيفى .

اختبار تكملة الجمل

اختبار تكملة الجمل اختبار اسقاطى يقوم على افتراض ان تكملة المفحوص للجمـــلة تعكس رغبـــاته ومخاوفة واتجاهاته وســـماته الانفعالية . وهناك عدة اختبارات لتكملة الجمل ، منها اختبار وضـــعه ساكس سنة ١٩٤٧ . ويتكون هذا الاختبار من ٦٠ جملة ناقصة يطلب

من المفحوص ان يكتب امامهـا ما يرد الى عقله لتكميلها ، وذلك بأسرع ما يستطيع ، ويسجل الفاحص الزمن الكلى الذى يستغرقه المفحوص للاجابة . كما يمكن للفاحص أن يستفسر عن العبارات التى تبدو له غامضة ويطلب من المفحوص توضيحها . ويمكن الحصول بهذا الاختبار على بيانات عن الأسرة من حيث اتجاه المفحوص نحو أمه وأبيه ووحدة الاسرة ، وعن الجنس من حيث الاتجاه نحو الجنس الآخر والاتجاه نحو العلاقات الجنسية الغيرية ، وعن العلاقات الشخصية من حيث الاتجاه نحو الأصدقاء والزملاء والرؤساء والمرءوسين ، وعن مفهوم الذات من حيث فكرة المفحوص عن نفسه .

مقياس مانيسوتا متعدد الأبعاد للشخصية

وضعه هاثواى وما كينلى سنة ١٩٤٠ . ويتكون هذا المقياس من ٥٥٠ وحدة وضعت لتقدير بعض أبعاد الشخصية وتوافقها من حيث توهم المرض ، والاكتئاب والهستيريا ، والانحراف السيكوباتى والذكورة والأنوثة والبارانويا ، والسيكاثينيا ، والفصام ، والهوس . وهناك بالاضافة الى التسعة مقاييس هذه مقاييس الانطواء الاجتماعى ، والتحصيل الاكاديمى ، والرضي الاجتماعى ، والتحمل الاجتماعى . كما يتضمن المقياس مقياسا للصدق يوضح تعاون المفحوص فى الاجابة .

فحص المريض غير المتعاون

غالبا ما يجد الفاحص نفسه فى موقف محير للحصول على بيانات ذات دلالة عندما يواجه بمريض لا يستطيع الكلام أو لا يرغب فيه أو لا يتعاون معه . والفاحص المبتدىء قد لا يدرك أن المريض الذى لا يستطيع الكلام ، والمريض الذى لا يستطيع مناقشة بعض الموضوعات

كلاهما يكشف عن دلالات نفسية ذات اهمية . وخطة الفحص التالية قد تضع دليلا لدراسة أبعاد شخصية المريض غير المتعاون .

رد الفعل العام والحركة ووضع المريض

بعد وصف المظهر العام واتجاه سلوك المريض تبعا لما ذكرناه فيما سبق ، علينا ان نلاحظ طبيعة استجابة المريض للتحية ، وهز المريض يده مع الفاحص ، ووجود كلام تلقائى . كما نلاحظ محاولة المريض للاجابة بصوت مرتفع او بالهمس أو بتحريك الشفاه او بتحريك الراس ، واقتصار الاجابات على الاسئلة غير الشخصية ، حيث توجد موضوعات يرفض المريض مناقشتها . واذا لم يتكلم المريض ، فهل يأخذ فى الكتابة اذا ما أعطى قلما وورقة ؟ . ونلاحظ أيضا ما اذا كان المريض يبدو متشككا ومشغولا وغير منتبه وعدوانى ، وما اذا كان يتكلم مع نفسه ، وما هى الحالة الانفعالية المصاحبة . ونلاحظ الأوضاع الجسمية وما اذا كانت ارادية أو فيها استسلام ، وما اذا كانت فى استرخاء أو توتر . وعلى الفاحص أن يصف أى أوضاع متوترة وغير طبيعية ،وما اذا كان المريض يقاوم تغيير الوضع ، وما يفعله عندما يوضع فى وضع غير مريح، ويجب ملاحظة أى نشاط تلقائى وكميته وسرعته وما اذا كانت الحركات الدفاعية تثار بالمثيرات المؤلمة . ونوضح ايضا ما اذا كان المريض يطيع الأوامر . كما نلاحظ عادات المريض فيما يتعلق بتناول الطعام وارتداء ملابسه ،واذا رفض المريض الطعام فهل يتناوله اذا ما ترك قريبا منه ؟ أو هل يلزم اطعامه بالملعقة او باستخدام الأنبوبة ؟ . ويلاحظ ما اذا كان سلوك المريض يتسم بالثبات او يتغير من وقت لآخر ، واذا كان متغيرا فبم يتأثر ؟

التعبير الوجهى والاستجابة الانفعالية

فنلاحظ ما اذا كان يمكن وصف تعبيرات وجه المريض بانه يقظ او متبلد او ابلة او هادىء أو عبوس أو كئيب او فظ او حاد الطبع غير راضى أو غضب أو متخوف ، وما اذا كان وجه المريض يعبر عن الاشمئزاز او الكراهية او الارتباك أو الحيرة ، وما اذا كان هناك دموع او ابتسامات او اى علامات انفعالية اخرى . وفى اى المواقف تظهر هذه العلامات . كما نلاحظ ما اذا كان هناك تفرس فى نظرة المريض او نلاحظ عليه خلسة النظرات . ونوضح ما اذا كان المريض ينفعل عند الحديث عن أسرته او اى موضوعات أو خبرات معينة . واذا كان الأمر كذلك نحدد الموضوعات او الخبرات التى ينفعل بسببها . ونوضح كذلك رد فعل المريض نحو زيارات الأسرة له ونسجل اى رد فعل يلفت النظر نحو زيارة افراد معينين فى الأسرة او خارجها .

الفحص تحت تاثير التخدير

اذا لم يتمكن الفاحص — بسبب فقدان الذاكرة او صعوبة اقامة علاقة وفاق مع المريض — من الوصول الى بيانات ذات دلالة ، فانه يمكن زيادة التعاون غالبا باستخدام أسلوب التخدير .

ويمكن استخدام أنواع من الباربيتيوراتس المختلفة لاحداث عملية التخدير ، ولكن يشيع استخدام عقاقير الباربيتيوراتس ذات المفعول البطىء كالصوديوم اميتال . فيحقن محلول حديث التحضير بتركيز ١٠ فى المائة من الصوديوم اميتال فى الوريد بسرعة واحد مليلتر فى الدقيقة . ويستمر الحقن حتى يصبح المريض فى حالة نعاس . وفى هذه الحالة الهابطة من الشعور ، الواقعة بين اليقظة والنوم ، يحدث الوفاق بين الفاحص والمريض ، وتظهر المادة المكبوتة والمتصارعة فى الشعور . ويمكن أيضا استخدام أسلوب التخدير مع المريض المتعاون لتنخفض المقاومة

النفسية مؤقتا لتظهر المادة المكبوته الى الشعور والوصول الى الصراعات الكامنة .

ولما كانت جرعات الصوديوم اميتال تؤدى الى انخفاض ضغط الدم وهبوط التنفس فانه يحسن استخدام كبريتات الافيدرين والبيكرو لوكسين .

صياغة التشخيص

بعد دراسة المريض بأساليب الفحص التى تناولناها ، تأتى مرحلة صياغة التشخيص . فالتشخيص يجب أن يكون تشخيصا تكوينيا وديناميكيا واكلينيكيا . والطبيب فى محاولته الوصول الى التشخيص التكوينى يبحث فيما قام به من فحص عن العوامل الجسمية والاجتماعية والنفسية التى تكون قد ادت الى اضطراب شخصية المريض . ومن دراسة الميكانيزمات والاساليب التى يستخدمها المريض ليقلل من قلقة وتوتراته ويزيد من احترام ذته ، واثر العوامل التكوينية على تكوين الشخصية فى ابعادها المختلفة نتوصل الى كيفية تكوين تلك السمات المرضية . وبهذا نصل الى التشخيص الديناميكى الذى يوضح العمليات النفسية المرضية وآثارها . وفى التشخيص الاكلينيكى يقوم الطبيب بوصف مجموعة الأعراض التى يكون قد درسها كما يحدد المسار المحتمل للمرض ويحدد غالبا طرق العلاج .

وصياغة الفحص يمكن ان تتم بالتنظيم التالى :

١ — الاضطرابات التى يعانى منها المريض .

(أ) اضطرابات التكوين العقلى من حيث الادراك والتفكير والانتباه والذاكرة وغيرها من سمات عقلية .

(ب) اضطرابات السمات الانفعالية من حيث السيطرة والخضوع والتفاؤل والتشاؤم والتبلد وزياده الحساسية والمرح والحزن وسرعة الاستشارد والثبات الانفعالى وغيرها من سمات انفعالية .

(ج) اضطراتات السمات الدافعية من حيث اتجاهات المريض واهتماماته وتحقيق ذاته وامنه وحريته وغيرها من سمات دافعية .

(د) اضطرابات جسيمة من حيث مظهر المريض العام وما يعانى من امراض جسمية .

٢ — الخصائص التكوينية من مؤثرات جسمية واسرية وبيئية مما يكشف عنه التاريخ الشخصي والفحوص الطبية والنفسية المختلفة .

٣ — التفسير النفسي الديناميكى من حيث أثر العوامل التكوينية على تكوين شخصية المريض فى أبعادها المختلفة وما يتخذه المريض من دفاعات وما يظهره من أعراض .

٤ — تحديد نوع الاضطراب النفسي الذى يعانى منه المريض . فى ضوء ما يتبعه من تقسيم للاضطرابات النفسية .

٥ — وصف العلاج ، فيذكر فى عبارة مختصرة نوع العلاج الأكثر فاعلية ، والعلاج الاضافى كالعلاج المهنى أو العلاج بالعمل أو العلاج الترويحى ، والدور الذى يقوم به الاخصائى الاجتماعى فى العلاج ، والخارجى او الداخلى ، والرغبة فى الحصول على شهادة ، وتعيين مساعد اذا كان المريض لا يستطيع القيام بمطالبه .

٦ — تقييم ما ستكون عليه حالة المريض . فيجب أن توضح ما سوف تكون عليه مشكلات المريض نتيجة للعلاج المقترح .

الاضطرابات الذهانية

الاضطرابات الذهانية
المرتبطة باضطرابات عضوية واضحة

الاضطرابات الذهانية ، اضطرابات نفسية تتميز بعدم تكامل شخصية الفرد ، كما تتميز عادة بفقدان اختبار الواقع ، واضطراب الادراك ونكوص السلوك والمحتوى العقلي المرضي حيث الهذاءات والهلاوس. ويمكن تقسيم الاضطرابات الذهانية الى اضطرابات ترتبط باضطرابات عضوية واضحة ، والى اضطرابات لا ترتبط باضطرابات عضوية واضحة، والتى يذهب البعض الى تسميتها بالاضطرابات الذهانية الوظيفية . وجدير بالذكر أن ما نسميه الآن بالاضطرابات الذهانية الوظيفية ، قد يثبت فيما بعد انها ترتبط باضطرابات عضوية لا تظهر لنا الآن بالفحص الميكروسكوبى أو غيره من اساليب الفحص الحالية . فبظهور اضطرابات سلوكية لابد ان يكون قد حدث اضطراب مافى الخلية الامر الذى يمكن الكشف عنه بتقدم أساليب البحث .

وتتميز الاضطرابات الذهانية التى ترتبط باضطرابات عضوية واضحة باضطراب الوعى واضطراب الذاكرة واضطراب الوظائف العقلية كالتعليم والفهم والمعرفة واجراء العمليات الحسابية . كما تتميز باضطراب الحكم وسطحية الانفعالات وعدم ثباتها . وغالبا ما نلاحظ عددا من هذه الاضطرابات معا على المريض . ووجود أعراض ذهانية او عصابية مصاحبة لاضطراب الوعى والذاكرة والوظائف العقلية والحكم وسطحية الانفعالات وعدم ثباتها ، يتوقف على نمط شخصية الفرد والصراعات الانفعالية التى يعانى منها ، والموقف البيئى الذى يتعرض له ، بالاضافة الى الاضطراب العضوى ذاته .

خبل الشيخوخة ومـا قبل الشيخوخة

الخبل اضـطراب لاشفاء منه يرجـع الى ضمور شامل فى القشرة المخية وخاصة فى الفص الامامى . والخبل الذى يحدث فى سن ٦٥ فأكثر يعرف بخبل الشيخوخة ، بينما الخبل الذى يحدث فى سن ما بين ٤٠ واقل من ٦٥ يسمى بخبل ما قبل الشيخوخة .

خبل الشيخوخة

الاسباب : هناك بعض الأدلة على اثر العامل الوراثى فى نشـأة الاضطراب . وقد وجد أن الامراض المعدية والصدمات النفسية وطريقة الحيـاة غير الصحيحة تؤدى الى خبل الشـيخوخة . ويشيع خبل الشـيخوخة بين النساء بنسبة أكبر منها بين الرجال اذ تبلغ هـذه النسبة ٢ : ١ .

الصورة الاكلينيكية : يتميز خبل الشيخوخة بمسار متطور بطىء وتظهر اعراضه فى مراحل .

المرحلة الأولى : فى هذه المرحلة تتغير شـخصية المريض فجـأة فيصبح عنيدا ـ عدوانيا ، وتقل اهتماماته وتتركز أساسا حول أشباع حاجاته ورغباته . ويصبح أنانيا فيطلب زيادة الاهتمام به ، ويميل الى المغالاة فى قيمته . واحيانا لا يوجد شكوى من اكتئاب أو احساسات غير سارة ، ويظهر المريض انتعاشا وهدوءا . وفى تلك الحالات يميل المرضى الى التفاخر بمنظرهم وقوتهم الجسـمية . وأحيانا قد تزيد قدرتهم الجنسية . ولكن هناك حالات يلاحظ فيها عكس هذه الأعراض فيشكو المريض من الصداع والاحساسات غير السارة فى أجزاء جسمه المختلفة وهبوط المزاج . كما يصـبح حاقدا ونكدا ومتذمرا ويشكو من قـلة

الاهتمام به فيطلب الذهاب الى الطبيب ويبحث عن الاخصائيين .

وتظهر فى هذه المرحلة اضطراب الذاكرة حيث يظهر هذا الاضطراب فى بادىء الامر فى ضعف الذاكرة للحقائق الجديدة ، وخاصة الأسماء ، ولكن يستدعى المريض الحقائق الماضية بدرجة جيدة نسبيا . وبمضي الزمن يزداد اضطراب الذاكرة حتى أن المريض لا يتذكر أين وضع نقوده، الأمر الذى يتهم معه افراد الاسرة بالسرقة . وتظهر فى هذه المرحلةايضا اضطراب الانتباه من حيث عدم القدرة على التركيز فلا يستطيع المريض مواصلة ما بداه من عمل ، كما يضطرب الانتباه من حيث مرونته فلا يستطيع المريض متابعة تغيرات موضوع المناقشة .

وفى المرحلة الاولى قد تحدث اضطرابات فى الحركة كانتفاض العضلات ، وزيادة الحركة التى تشبه الارتعاش وخاصة اليدين رجمود فى السير .

المرحلة الثانية : ينتاب المريض فى هذه المرحلة تدهور عقلى شديد ويزداد اضطراب الذاكرة حتى أن المريض لا يستطيع استدعاء اسم زوجته واطفاله فقط بل لا يستطيع ابضا تذكر اسمه ، كما أنه لا يتذكر سنه وكثيرا ما يعتقد انه مازال فى المدرسة او انه يقوم بعمل تركه من زمن بعيد . ويتذكر المريض خبرات الطفولة بوضوح اكبر مما يتذكر الأحداث القريبة . ولكن فى بعض الحالات تكون الذكريات واضحة وثابتة نسبيا ، فقد يستدعى المريض بوضوح حادثه لها دلالتها فى حياته بالرغم من عدم تذكره كل ذكريات حياته الاخرى . ويصاحب اضطراب الذاكرة الشديد الأراجيف . ويظهر هنا الادراك الخاطىء للناس والأحداث والمواقف ، فينادى المريض زملاءه فى المصحة بأسماء زملائه

القدامى كما قد يعتبرهم زملاءه فى الدراسة . وفى هذه المرحلة لا يستطيع المريض فهم الحديث المجازى ، ويفشل فى رؤية الاشياء المتعارضة و الرسومات أو ملاحظة المتناقضات الواضحة . وقد تزداد حالة النشوة التى تظهر فى المرحلة الاولى حدة ، فيضحك المريض ، ويصفق ويرقص ولا يستطيع الجلوس دون حركة . وغالبا ما يتشبه بالصغار فى ملبسه ويمشط شعره بأسلوب جذاب ولكن فى بعض الحالات قد تظهر هذاءات توهم المريض ، وأفكار عن التحطيم ، والتقليل من الذات كما يظهر الاكتئاب . فيكون المريض عادة مكتئبا ، ويشكو من سوء المعاملة ، أو يشعر بانه ميت او ليس له معدة أو قلب او رجل او راس .

وعندما تسوء حالة المريض ، يظهر عدد من الأعراض الجديدة حيث ينتاب المريض التعبير القلق ، كما يقوم بأفعال نمطية غير هادفة ، فيحرك الوسائد والسرير وغيره من اثاث من اماكنها . ومن الاعراض المميزة هنا عرض الغسيل ، والذى نلاحظه على المرضي الذين يلتزمون الفراش فيفركون دائما غطاء السرير أو طرف البطانية بأيديهم . ويصبح نوم المريض سطحيا متقطعا كما ينقلب توقيته ، فلا ينام المريض ليلا ، وينتابه النعاس نهارا . كما يظهر نوبات من الهذيان وارتباك الوعى ، فلا يعى المريض بما حوله ، ويقوم بأفعال سخيفة كأن يوقد نارا فى وسط الحجرة او على السرير كما تظهر كذلك الهلاوس البصرية . ويلاحظ فى هذه المرحلة أيضا بعض الاضطرابات الجسمية حيث يوجد ضعف فى العضلات وخاصة عضلات الأطراف السفلى مع وجود انتفاضات فى العضلات . ويحتفظ انسان العين برد فعل ضعيف للضوء ، ولكن ينعدم تماما رد الفعل التقاربى للمقلة .

المرحلة النهائية : وهى مرحلة ضعف نفسي وجسمى ، حيث يتطور

الضعف النفسي تدريجيا حتى يصبح المريض غير قادر على التمييز بين ما يمكن اكله وما لا يمكن اكله ، كما يفقد القدرة على الكلام كليـــة ، ولا يستطيع ان يترك الفراش كما ينـام فى وضع يعـرف بالوضع الجنينى ولا يقاوم اى محاولة لتغيير وضعه ، ويتفوه بأصوات غير واضحة ؛ ويؤدى كل الوظائف الطبيعية فى السرير مما يحتاج الى رعاية خاصة من هيئة التمريض . وينتاب المريض فى هذه المرحلة قروح وحالات تسمم مما يزيد الحالة خطورة .

العلاج : العلاج النفسي لحالات خبل الشيخوخة قليل الفائدة بل يمكن ان نذهب الى القول بأنه عديم الفائدة . كما انه لايوجد علاج طبى يمنع او يقلل التغيرات الباثولوجية التى تكمن وراء هذا الاضطراب . ولكن يمكن ان تتأثر الاعراض الذهانيـة والعصابية المصاحبة بالعلاج المناسب. فالاكتئاب قد يتأثر بعلاج الصدمات التى يجب أن تتم على فترات متباعدة لتجنب زيادة اضطراب الذاكرة والارتباك ، وتعالج اعراض البـارانويد والفصام ، والاثارة البسيطة بالعقار المناسب . ويتضمن العلاج الاساسى لاضطراب خبل الشيخوخة العلاج الاجتمـاعى والبيئى فالاجتماعـات الجماعية ، واندية الصحافة والتليفزيون والرحلات والعمل فى جماعات ؛ قد تؤدى كلها الى اسعاد هؤلاء المرضي .

خبل ماقبل الشيخوخة

هناك ثلاث حالات من الخبل تحدث فى سن ماقبل الشـيخوخة ، ما بين ٤٠ و ٦٥ سنة وهى :

١ ــ مرض الزهيمر .
٢ ــ مرض بيك .

٣ — مرض جاكوب كرويتسفيلدت .

وتتميز هذه الحالات بالخبل المتطور وبعض الأعراض الرئيسية .

مرض الزهيمر

هذا الاضطراب أكثر اضطرابات الخبل شيوعا قبل سن الشيخوخة.

الأسباب : وسبب هذا الاضطراب غير معروف ، ولكن هناك تقارير عن وجود استعداد وراثى . وتنتشر التغيرات الباثولوجية فى المخ فتشمل الفص الجبهى والصدغى والجدارى كما تشمل العقدة القاعدية .

الصورة الإكلينيكية : وتظهر الأعراض غالبا فى ثلاث مراحل :

المرحلة الأولى : وهنا يفقد المريض ذاكرته ، ويحدث اضطراب شديد فى الوعى المكانى حتى أن المريض قد يضل عن منزله .

المرحلة الثانية : وفيها تظهر الاعراض الرئيسية نتيجة لتلف مناطق معينة فى المخ فيظهر فقدان الكلام ، والعجز عن الحركة والاجنوزيا . كما تظهر أعراض اضطراب الجهاز خارج الهرمى من جمود وتغيير فى السير . وقد يوجد عرض المصاداة وتحدث التشنجات الصرعية فى ٢٥ — ٣٠ فى المائة من الحالات .

المرحلة الثالثة : حيث الهزال والانحدار الى الحياة الخاملة .

العلاج : لايوجد علاج معين . ويقتصر الامر على الرعاية الغذائية والطبية مع أساليب العلاج التى ذكرت فى خبل الشيخوخة .

مرض بيك

مرض نادر الحدوث ، والضمور الذى يحدث فى المخ يكون محدودا عنه فى مرض الزهيمر حيث يصيب الفص الجبهى والصدغى . ويرجع المرض الى تأثير أحد الجينات السائدة الشاذة .

الصورة الاكلينيكية : هذا النوع من الخبل يتطور ببطء ويظهر فى بادىء الأمر باضطراب الوظائف العقلية حيث يصعب التركيز والانتباه وتصبح انفعالات المريض متبلدة ، كما انه يصبح خاملا ويفقد التلقائية. والاعراض التى تنشأ من الاضطرابات الموضوعية فى القشرة هى فقدان الكلام وعجز الحركة والأجنوزيا ، ويفقد المريض السيطرة على السلوك مبكرا مما قد يؤدى الى اعمال قد يعاقب عليها . ويندر وجود الاكتئاب أو الهذاءات أو الهلاوس فى مرض بيك . وقد تحدث تشنجات صرعية ولكنها لا تشيع . والصورة النهائية تشبه الصورة التى تحدث فى حالة مرض الزهيمر .

العـــلاج : يقتصر العلاج على الرعاية الغذائية والطبية .

مرض جاكوب كريتسفيلدت

يبدأ هذا الاضطراب النادر فى سن مابين ٤٠ الى ٥٠ سنة . ويتميز بالخبل والتقلص ، والارتعاش ، وضمور العضلات بسبب التلف الذى يحدث فى كل من المخ والنيرونات الحركية السفلى فى النخاع الشوكى . وتتوقف الأعراض على أجزاء المخ التى تتأثر بالتلف . ويؤدى المرض الى الموت فى فترة مابين ستة اشهر وسنتين .

الذهان الكحولى
الهذيان الارتعاشى

الهذيان الارتعاشى اضطراب ذهانى حاد يرجع الى التوقف عن تعاطى الكحول بعد فترة طويلة من تعاطيه . كما يمكن ان يظهر نتيجة الضعف الجسمى الذى تسببه امراض جسمية كالدسونتاريا أو الالتهاب الرئوى او اصابة المخ .

الصورة الاكلينيكية : يمر الهذيان الارتعاشي بثلاث مراحل :

المرحلة الأولى : تستمر هذه المرحلة لثلاثة او اربعة أيام وتتميز بالاكتئاب والقلق وثقل الرأس واضطراب النوم وفقدان الشهية . وأحيانا يوجد اسهال وامساك .

المرحلة الثانية : تظهر هنا الهلاوس البصرية، وتلبد الوعى والخوف الشديد والاثارة الحركية . وتتعلق الهلاوس غالبا برؤية الحيوانات . وقد تكون صورها ضخمة او ضئيلة الحجم . فقد يرى المريض راس الحصان فى حجم نصف الحجرة أو لسانا كبير الحجم يتدلى من النافذة او وحشا غير معروف ذا أجنحة ضخمة يتدلى من السقف ، او قد يرى حشرات وحيوانات صغيرة تزحف نحوه أو اناسا صغارا يتسلقون من جيبه ويتجمعون على راحة يده . وقد يصاحب الهلاوس البصرية هلاوس سمعية ولمسية . وتسوء الهلاوس بالليل وغالبا ماتختفى بالنهار . وتتميز هذه المرحلة بارتعاش العضلات الذى يشمل اساسا عضلات

الوجه وخاصة الجفون وطرف اللسان والأصابع عند امتداد اليدين . وهنا ايضا ترتفع درجة الحرارة فغالبا ما تصل ما بين ٣٩ و ٤٠ درجة مئوية ويرجع هذا اساسا الى الالتهاب الرئوى ، كما يسرع النبض ويرتفع ضغط الدم غاليا . ويقل افراز البول ويزداد تعداد كرات الدم البيضاء قليلا .

المرحلة الثالثة : تعقب مرحلة الهذيان التى تستمر عادة ما بين يومين الى اربعة ايام وبندر انتطول المدة عن ذلك . وغالبا ما ينتهى الهذيان بنوم عميق ولمدة طويلة ما بين ١٢ الى ١٦ ساعة . وبعدالاستيقاظ ينتاب المريض الاكتئاب والغثيان والضعف والارق . وتختفى الهلاوس على الرغم من انه يمكن أن تظهر بالضغط على مقلة العين .

وتتراوح نسبة الوفاة فى الهذيان الارتعاشي ما بين ١٠ — ٢٠ فى المائة . ويرجع معظم الوفيات الى الامراض التى تصاحب الاضطراب، وأكثر هذه الامراض شيوعا الالتهاب الرئوى وامراض الكبد . كما أن هناك حالات وفاة بسبب ارتفاع درجة حرارة الجسم ، وحدوث تشنجات وهبوط الدورة الدموية .

العلاج : يتطلب الهذيان الارتعاشي دخول المريض المستشفى ، ويجب أن يتم العلاج فى وحدة خاصة يمكن أن تعالج فيها المضاعفات الجسمية التى تنشأ . ويجب أن يبدأ العلاج الطويل الامد للادمان الكحولى بمعالجة طبية لحالة التسمم الحادة . وهذا اجراء وقائى حيث أن ٤٥ — ٥٠ فى المائة من المرضى الذين يعانون من نوبات متكررة من الهذيان الارتعاشي قد

يموتون في خلال خمس سنوات . كما يجب أن تعالج المضاعفات في الوقت المناسب حسب الحالة الجسمية للمريض . وأى مريض فى حالة توقف وله تاريخ سابق من النوبات ، أو يعانى من ارتعاش واضح وانتفاضات تقلصية تشير الى ان نوبات وشيكة الحدوث ، يجب ان يعطى العقار المناسب ضد التشنجات عند دخوله المستشفى . وحيث ان معظم المرضى يبداون فى سوء ادراك المثيرات الخارجية ، وينتابهم الهذيان الارتعاشى عند حلول الظلام وخاصة اذا كانوا بمفردهم ، فيحسن ترك الاضاءة ليلا . ويجب ان يكون هناك اعضاء من هيئة التمريض اثناء فترات يقظة المرضى يتحدثون اليهم ويشرحون لهم اى سوء ادراك بصرى . وهذا يزيد من اتصال المريض بالواقع ويقلل من تفكك شخصيته . واعراض الجهاز الهضمى تعالج بعقار هيدروكسيد الألومنيوم مع الغذاء المناسب والاهتمام بالفيتامينات وخاصة مجموعة ب . وتزويد المرضي بالسوائل فى حالة التوقف عن تعاطى الكحول الحاد من الأهمية بمكان ، ويفضل طريق الفم حيث يندر ان يتطلب الأمر تزويد المريض بالسوائل عن طريق الوريد ولكن يمكن هذا اذا كان الجفاف واضحا .

ويستخدم للعلاج عديد من العقاقير ولكن الباربيتيوراتس والبارالدهيد والكلورال هيدرات لها فاعليتها فى العلاج اذا اعطيت على فترات منتظمة . فيمكن اعطاء المريض جرعة تصل الى ١٠ سم٣ من البارالدهيد فى العضل كل اربع ساعات ويضاف الكلورال هيدرات الى البارالدهيد ، وتعطى الجرعة كل ست ساعات اذا وجد المريض فى حالة هياج .

ويمكن استخدام اساليب العلاج التالية :

١ — يعطى المريض الهالوبيريدول من ١٠ — ٢٠ مليجرام فى الوريد

أو العضل مع اميلوباربيتون الصوديوم ٢٥٠ مليجرام او ٥٠٠ مليجرام فى الوريد عند دخول المريض المستشفى . وبعد ذلك يعطى من ٥ — ١٠ مليجرام هالوبيريدول فى العضل كل ست ساعات للايام القليلة التالية تبعا لحالة المريض . ويمكن اضافة اميلوباربيتون الصوديوم ، بالليل اذا لزم الامر . ويمكن ايضا اعطاء البارالدهيد ١٠ سم٣ عن طريق الفم او فى العضل ، ولكن لايلزم هذا الا نادرا . ويمكن انسيطرة على مضاعفات الجهاز خارج الهرمى لعقار الهالوبيريدول بواسطة الكوجينتين بجرعة ٢ مليجرام يوميا فى الوريد او عن طريق الفم .

٢ — وفى حالة المرضى الذين لم يعانوا من اصابة بالقرحة المعدية والقيء . يعطى المريض الهيمينيورين ٥ر جرام مبتدئين بجرعة ٤ كبسولة و ٣ كبسولة فى الليل تبعا للوقت الذى بدانا فيه العلاج . ثم تقل الجرعة فى اليوم التالى حيث يعطى ٢ كبسولة فى الصباح ، و ٣ كبسولة فى وسط النهار ، و ٣ كبسولة فى الليل ، وفى اليوم الثالث يعطى المريض ١ كبسولة فى الصباح ، وكبسولة فى وسط النهار ، و٢ كبسولة فى الليل ، وفى اليوم الرابع يعطى المريض كبسولة فى الصباح ، وكبسولة فى وسط النهار ، وكبسولة فى الليل ، وفى اليوم الخامس يعطى المريض كبسولة فى الليل فقط .

٣ — واذا كان المرضي يعانون من قرحة المعدة او من القيء او غير مستقرين او فى حالة هياج ، فان المريض يعطى التاراكتان بجرعة ٣٠ مليجرام فى العضل . ويعطى المريض جرعة اخرى بعد فترة مابين ٤ — ٦ ساعة اذا لم يهدأ . وفى اليوم التالى وفى الصباح الباكر ، يعطى المريض حقنة اخرى من التاراكتان بجرعة من ١٥ — ٣٠ مليجرام فى العضل، وبعد ذلك نواصل اعطاء الليبريم بجرعة ٢٠ مليجرام ثلاث مرات يوميا عن

طريق الفم . واذا لزم احــد المهدئات فى الليل فانه يكفى عادة الفاليــوم بجرعة من ٥ ــ ١٠ مليجــرام عن طريق الفم . وجــدير بالذكر انه من الأهمية بمكان فى العلاج مواجهة المضاعفات فى الوقت المناسب مع اعطاء الفيتامينات والســوائل والعقاقير بكميات مناســبة مع الاهتمــام ببيئة المريض .

الهلاوس الكحوليــة

يحدث هذا الاضطراب عادة أثناء مواصلة المريض تعاطى الكحول ، ولكن هنــاك حالات تظهر أعراضــها بعد بضــعة أيام من توقف تعاطى الكحول . والهلاوس الكحولية يمكن أن تكون انطلاقا لاضطراب الشخصية الكامن الذى يرسبه تعاطى الكحــول . فكثير من المرضى الذين يعانون من الهلاوس الكحولية ، ينتابهم فى الحقيقة الفصام .

الصورة الاكلينيكية : عادة مايكون المظهر الوحيد للاضطراب هوالهلاوس السمعية التى تكون فى صورة تهديدات واتهامات . وتوجد الهذاءات فى كثير من الحالات ، ولكن الهلاوس السمعية هى العرض السائد فى هذا الاضــطراب . والهــلاوس البصرية نادرا ماتكون جــزءا من الصـــورة الاكلينيكية . ويلاحظ أن الوظائف العقلية لا تتأثر ، كما يبقى الاحساس صــافيا . وقد تحــدث اعراض اكتئابية وتشــيع محاولات الانتحار . وتستمر الحالة من بضعة أيام الى شهر ، ولكن يتكرر حدوث الحــالة اذا ما عاود المريض تعاطى الكحول . وهناك تقارير عن حالات اســتمر الاضطراب فيها لفترة ما بين ثلاثة واربعة اشــهر بعد التوقف عن تعاطى الكحول .

العـــلاج : يقوم العلاج على دخول المريض المستشفى ، وابعادالكحول واعطاء المهدئات . ويوصف غالبا عقاقير الفينوثيازينز والعقاقير المضادة للاكتئاب . كما يلزم الغذاء المناسب والفيتامينات .

ذهان كورساكوف الكحولى

يرجع هذا الاضطراب الى النقص الغــذائى وخاصة نقص الثيامين والنياسين . وتدهور النسيج العصبى يشمل اساسا القشرة والاعصاب الطرفية . وينشأ ذهان كورساكوف نتيجة الهذيان الارتعاشي . وقد ينشأ تدريجيا فى الخبل الكحولى المزمن ، او يعقب الهلاوس الكحولية . وبالاضافة الى الكحول ، هناك حالات تؤدى الى نشأة ذهان كورساكوف. وتتضمن هذه الحالات القىء المستمر مع تسمم الحمل ، والتهاب المعدة الزرنيخى المزمن والتسمم المزمن بالرصاص او غيره من الفلزات الثقيلة ، والنقص الغذائى الذى يرتبط بالمجاعة والبرىبرى والبلاجرا ، كما أن هذا الاضطراب قد يلى اصابة الرأس .

الصورة الاكلينيكية : تتــكون مجمــوعة الاعراض من فقــدان الذاكرة والاراجيف او تزييف الذاكرة ، والقابلية للايحاء مع التهاب الاعصــاب الطرفية . كما توجد الاعراض الرئيسية لمجموعة اصابة المخ العضوية .

العـــلاج : اعطاء جرعات كبيرة من الفيتامينات وخاصة فيتــامين ب والغذاء المناسب مع المتابعة المنتظمة للحالة .

البارانويا الكحولية

لا يمكن اعتبار الكحول فى حد ذاته السبب الذى يرجع اليه اضطراب البارانويا الكحولية . فتعاطى الكحول قد يكون عرضالتوترات داخلية لم تسمح بتكوين علاقات مرغوبة من الجنسية الغيرية ، وتعاطى الكحول يضعف الكبت فتظهر الدوافع المختفية من الجنسية المثلية فى حماية أعراض البارانويد الهذائية . وتعاطى الكحول يمكن ان يقلل من القدرة الجنسية . وهذا فى حد ذاته ، قد يسبب فزعا اذا ماشك المريض فى قدرته . والغيرة وضعف القدرة الجنسية معا ، والرغبة الجنسية المتزايدة نتيجة لحالة التسمم ، ونقص العطف ، قد تسبب النفور من اى زوجة . والمريض لا يستطيع تحمل حقيقة فشله فى حياته الزوجية ، فيرجع هذا الفشل الى زوجته .

الصورة الاكلينيكية : يتميز هذا الاضطراب بهذاءات الاضطهاد، وهذاءات الخيانة الزوجية ، والغيرة المرضية والسلوك العدوانى العنيف .

العلاج : يتضمن العلاج دخول المريض المستشفى والتقليل من تعاطى الكحول او ابعاد المريض عنه اذا امكن ذلك ، واعطاء عقار او اكثر من عقاقير الفينوثيازينز .

الخبل الكحولى المزمن

ينشا هذا الاضطراب من تلف القشرة المخية نتيجة التسمم الكحولى المزمن او عقب الذهان الكحولى . ويرجع تلف المخ الى نقص

الفيتامينات اكثر مما يرجع الى التسـمم الكحولى . فالشـخص الذى يتعاطى الكحول والذى يستطيع أن يتغذى جيدا يقل احتمال اضطرابه بينما يزداد اضطراب الشـخص الذى يتعاطى الكحول ولكنه لا يتغـذى جيدا . ويتكـون التلف فى المخ اساسا من تدهـور الخلايا العصـبية فى القشرة المخية .

الصورة الاكلينيكية : يوجد تدهورتدريجى فىالقيمالاجتماعيةوالاخلاقية عند الفرد فيصبح السلوك فظا وبذيئا كما يتميز باللامبالاة . ومع زيادة تلف المخ مع مواصلة تعاطى الكحول يحدث قصور فى الذاكرة وتدهور فى الوظائف العقلية . كما يصبح المريض عدوانيا وسهل الاثارة .

العـلاج : يقوم العلاج بعد التوقف عن تعاطى الكحولعلىالفيتامينات وخاصة مجموعة ب ، والغذاء المناسب والمتابعة المنتظمة .

مجموعة اعراض ورنيك

يلاحظ هذا الاضطراب النادر فى حالات تعاطى الكحـول المزمنة . ويرجع الى نقص الفيتامينات وغيرها من العناصر الغذائية وخاصة نقص الثيامين ، وتتكون التغييرات الباثولوجية من تلف النيرونات والشـعيرات الدموية التى تحدث خاصة فى جذع المخ والتراكيب القريبة من كل من البطين الثالث والرابع .

الصورة الاكلينيكية : يتميز الاضطراب عادة بالارتباك والاثارة ، التى قد يعقبها الهذيان بعد فترة قد تكون أياما او اسابيع . ويحدثالازدواج

فى الرؤية نتيجة تسلل كل من العصب الثالث والسادس . كما تضطرب الذاكرة وتوجد الاراجيف غالبا ، وقد يحدث تعسر فى النطق . وقد تتغير مرحلة الاثارة والهذيان الى مرحلة من النوم والذهول وهنا تكثر حالات الوفاة .

العــلاج : يستخدم لهذا الاضطراب نفس العلاج الذى يتبع فى الحالات الكحولية المزمنة . ويجب أن نتذكر أن الاضطرابات الكحولية المزمنة ، غالبا ، ان لم يكن دائما ، يصاحبها اضطرابات جسيمة غير التغيرات العصبية التى تحدث فى الجهاز العصبى المركزى والطرفى . فهناك غالبا تليف الكبد مع احتمال هبوط فى الكبد . وقد يرتفع ضغط الدم فى الوريد البابى مما قد يؤدى الى ظهور دم فى القىء والبراز . كما يحدث التهاب فى المعدة مما يؤدى الى القىء فى الصباح والتأثير الواضح على الشهية والهضم . ونقص فيتامين ب قد يؤدى أحيانا الى هبوط فى القلب . ويجب على الطبيب أن يقف على كل ماقد يحدث هناك من اضطرابات ويواجهها بالعلاج المناسب .

الاضطراب الذهانى المرتبط بعدوى المخ

من الواضح أن الامراض المعدية قد تسبب اضـطرابات نفسية ، ولا يقتصر هذا الامر على الامراض المعدية التى تصيب الجهازالعصبى، ولكن قد تظهر الاضطرابات النفسية أيضا فى حالة اصـابة اجزاء اخرى من الجسـم . وتظهر الاضـطرابات الذهانية أحيانا ، نتيجة للأمراض المعدية الحادة ، كالانفلونزا والملاريا ، وحمى التيفوس ، كما اننا نلاحظ هذه الاضـطرابات الذهانية أيضـا فى الأمراض المعدية المزمنة كالسـل والتسمم الميكروبى المزمن . فكثيرا ما يصـاحب الامراض المعدية الحادة حالات هذيان . فقد يحدث مع ارتفاع درجة الحرارة هـذيان الحمى . وهذيان الحمى مجموعة أعراض هذيانية حيث لا يدرك المريض الناس من حوله ، ولا يكون على وعى بالزمن والمكان ويشعر بالقلق والخوف بدون سبب . وهذه الاعراض قد تصاحبها هلاوس واضحة . وينتاب هذيان الحمى الاطفال عندما يمرضـون بالامراض المعـدية . فمن المعروف أن الاطفال الذين يعانون من ارتفاع درجة الحرارة ، غالبا ما ينتابهم مخاوف لا حصر لها ، ورؤية أشباح مخيفة . ويرتبط ظهور الهذيان بارتفـاع درجة الحرارة بحلول الليل ، كما تسوء ايضا الاضـطرابات النفسـية ، وتزول مجموعة الاعراض عادة مع انخفاض درجة الحرارة .

وقد تنشـأ مجموعة اعـراض الهـذيان مع بداية أو نهاية المرض المعدى ، ولا ترتبط بارتفاع درجة الحرارة ، ولقد لوحظ أن الاضطرابات النفسية نتيجة للامراض المعدية الحادة ، اكثر شيوعا بين الافراد الذين يتعاطون الكحـول والذين يعانون من اصـابة فى المخ . واكلينيكيا يظهر هذيان العدوى فى تدهور الوعى حيث لا يعى المـريض ولا يفهم اين هو

وماذا يدور حوله ، ولا يستجيب لمثيرات بيئتــه ، ويجيب بصعوبة عن أسئلة عن هويته فقط ، كما تنتاب المريض الهلاوس وخاصـــة البصرية منها وأحيانا خداعات . ففى الهذيان الذى يحدث مع مرض التيفوس ، والذى ينشأ عادة فى اليوم الثامن أو التاسع من المرض ، قد يحدث هذاء التوامية ، فيبدو أن المريض يرى صورة لذاته تماما تنام بجواره .

وهناك كثير من الاضطرابات النفسحسية التى لايمكن فصلها عن هذيان العدوى . فتبدو الأشياء التى تحيط بالمريض مشـــوهة ، فتبدو الحوائط واعمدة الابواب ملتوية والوجوه ممسوخة . وهنـــاك ايضـــا اضطرابات مختلفة فى صورة الجسم ، فيشـــعر المريض بأن راســـه قد زادت او نقصـــت فى الحجم ، وأن اطرافه قـــد زاد طولها أو نقص وان لسانه قد زاد سمكا الخ . ويحدث كذلك سيل من الهلاوس ، فيشـــعر المريض ان الفئران تجرى فوق جسمه او الحشرات تزحف عليه ، وان معدته قد تحتوى سلكا او حيات ، وان عضلاته قد قطعت فأحـــدث بها جروحا وأن راسه تحتوى ساعة تدق . ويؤدى كل هذا الادراك الخاطىء الى المخاوف والهياج الحركى ، فيحـــاول المريض ان يقفز من السرير ويجـــرى .

وقد يصاحب الأمراض المعدية طويلة الامد ، اضطراب ذهانى أكثر شدة ، يتضـــح فى تدهـــور الوعى حيث يفقـــد المريض ادراك ذاته . كما لا يتسق تفكيره وكلامه ، وتوجد هلاوس ، ويبـــدو على المريض الاجهاد والهياج الحركى البسيط . وتؤدى الامراض المعدية وخاصة التى يطول المرض بها ، الى مجموعة أعراض الوهن ، التى تتكون من الاحساس الزائد بالتعب والهزال ، وعدم القدرة على العمل العقلى ، والاثارة والبكاء .

العلاج : ويقوم علاج الاضطرابات الذهانية الناتجة عن الامراض المعدية على اساس علاج المرض الاساسي ونتائجه ، ولقد لوحظ انخفاض هذه الاضطرابات بوضوح منذ استخدام المضادات الحيوية . وينصح باستخدام المحلول الفسيولوجي ، أو محلول الجلوكوز ، وتناول كميات كبيرة من السوائل والفيتامينات . وحيث أن ذهان العدوى يصاحبه اضطراب شديد فى النوم فيجب اعطاء المريض احد المنومات .

الاضطراب الذهانى المرتبط بالزهرى

لقد احتل الزهرى لفترة طويلة مكان الصدارة بين الامراض المعدية التى تؤثر على الجهاز العصبى . وتبعا لاحصائيات مؤسسات الطب النفسى فى أواخر القرن التاسع عشر واوائل القرن العشرين فان نسبة الاضطراب الذهانى نتيجة الاصابة بالزهرى كانت ٢٠ فى المائة من مجموع الذين يودعون فى المؤسسات ، واليوم لاتتعدى النسبة ٢ فى المائة وذلك بسبب أساليب العلاج الفعالة . ويؤدى الزهرى الذى يصيب الجهاز فى أطواره الاولى الى حالة من الاضطراب تعرف بوهن الزهرى ، وتتميز هذه الحالة باضطراب النوم والاستثارة وسهولة التعب وتبلد الذاكرة والصداع والغثيان . كما يؤدى الى ارتفاع درجة الحرارة وتضخم الكبد والطحال ، ويؤدى الزهرى فى طوره الثالث الى صور مختلفة من الاصابة اهمها :

زهرى المخ والسحايا أو الشلل العام وزهرى الأعصاب والسحايا والأوعية الدموية .

زهرى المخ والسحايا أو الشلل العام

كما يتضح من اسم المرض فان الاصابة تحدث فى السحايا والمخ .

وتتضمن التغيرات الباثولوجية تغير لون السحايا ، ويزداد سمكها ، وضمور تلافيف المخ وخاصة فى الثلثين الأماميين منه ، واتساع البطينات واستسقاء المخ ليحل محل ما حدث من ضمور . ويتكون الاستسقاء من زيادة كمية السائل المخى الشوكى فى البطينات وحول المخ . وتحدث الأعراض الأولى للشلل العام بعد العدوى بفترة تتراوح ما بين ٥ — ٢٥ سنة وعادة ما تتراوح ما بين ١٠ — ١٥ سنة .

الصورة الاكلينيكية : تظهر الصورة الاكلينيكية لهذا المرض فى ثلاث مراحل :

المرحلة الأولى : حيث ينتاب المريض الصداع والضعف العام والتعب بسهولة ، كما ينعدم رد فعل انسان العين للضوء ويتعثر المريض فى كلامه ، ويفقد القدرة على ملاحظة الاخطاء وفهم سببها ، كما يفقد القدرة على التحكم فى سلوكه ، فيهمل قواعد وآداب السلوك فيصبح فظا وعيابا وغير متسق فى كلامه .

المرحلة الثانية : يصبح الاضطراب فى هذه المرحلة اكثر وضوحا ، فيفقد المريض القدرة على نقد سلوكه وسلوك الآخرين ويقوم بأفعال سخيفة لجذب الانتباه اليه ويهمل فى ملبسه ويشبع حاجاته البيولوجية فى الأماكن العامة ويتعامل مع الآخرين بغلظة . كما تتدهور الذاكرة ويظهر هذا التدهور أولا فى ذاكرة الاسماء والتواريخ . ويظهر التدهور ايضا فى نسيان المعلومات التى اكتسبت حديثا بينما يتذكر المعلومات التى اكتسبها من زمن بعيد . ولا يستطيع المريض مواصلة المحادثة مع الآخرين ، ويضحك

دون سبب ويأتى بملاحظات سخيفة . وفى هذه المرحلة تظهر أعراض جسمية كصغر حجم انسان العين وعدم انتظامه ، وينعدم رد فعله للضوء ، وارتعاش غير منتظم فى الوجه والشفاه واللسان مما يؤدى الى تعسر النطق ، وارتعاش اليدين وعدم توافق الحركات . وقد تحدث نوبات صرع ، وشلل نصفى أو فقدان الكلام أو فقدان نصف المجال البصرى . ومن الأعراض ايضا عدم التحكم فى البول وضمور العصب البصرى مما يؤدى الى العمى . كما يظهر القرح فى قصبة الساق والأقدام ويسهل تهشم الأوعية الدموية والعظام . ويزداد عدد الخلايا فى السائل المخى الشوكى حيث يصل ما بين ١٠٠ — ١٢٠ فى كل مم٣ ، كما يزداد محتوى السائل من البروتين فيصل الى ٥ فى المائة مع زيادة كمية الجلوبيولينز .

المرحلة الثالثة : وتتميز هذه المرحلة بما يسمى هزال الشلل أى التدهور الجسمى والنفسي حيث تسوء علاقة المريض مع الآخرين ، ولا يستطيع التعرف على معارفه ، كما لايستطيع أن يميز بين الاشياء الصالحة للاكل من الاشياء التى لاتصلح . ويصبح قذرا وينتابه تقلص فى العضلات وهزال جسمى شديد وقرح غرغارينة . وفى هذه المرحلة يموت المريض عادة من نزيف فى المخ أو بعض الامراض المعدية التى تنتاب المريض بسهولة .

زهرى الأعصاب السحائى والأوعية الدموية

فى هذا النوع من المرض يهاجم الزهرى السحايا والأوعية الدموية المخية . وأهم تغيير باثولوجى هنا هو انسداد الشعيرات الدموية مما يسبب تلف المنطقة التى تغذيها .

الصورة الاكلينيكية : المظهر الاكلينيكى الشائع هو السكته القلبية مما يؤدى الى الشلل النصفى واحيانا ترتبط بفقدان الكلام . ويظهر هنا أعراض اصابة المخ العضوية من اضطراب فى الوعى والذاكرة واضطراب الوظائف العقلية كالتعليم والفهم والمعرفة واجراء العمليات الحسابية ، كما يظهر اضطراب الحكم وسطحية الانفعالات . وقد لانستطيع تمييز أعراض زهرى الاعصاب السحائى والاوعية الدموية ، عن زهرى المخ السحائى ، ولكن الاطوار تنشأ بحدة اكبر فى زهرى الاعصاب السحائى والاوعية الدموية كما يكون المريض اكثر بصيرة . ولا يشيع الارتعاش ، كما أن التنبؤ بمسار المرض أحسن حالا مما يكون عليه زهرى المخ السحائى اذا ما تم تشخيص الحالة مبكرا ، واعطى العلاج المناسب .

العلاج : علاج الاضطرابات النفسية التى تصاحب اصابة الجهاز العصبى بالزهرى يقوم على التخلص من الميكروب المسبب للمرض. ولقد أدى استخدام المضادات الحيوية فى السنوات الاخيرة الى نتائج فعالة . ويلزم الامر متابعة المريض بعد الشفاء لعدد من السنوات . وتتوقف نتائج العلاج أساسا على مدى تلف الجهاز العصبى قبل بداية العلاج . وبالاضافة الى علاج الاصابة بالزهرى ، تعالج الاضطرابات النفسية بالعقاقير المناسبة .

التهاب المخ الوبائى

يتسبب التهاب المخ الوبائى عن نوع من الفيروسات . ويتكون التغير الباثولوجى الذى يحدث فى المرحلة الحادة للمرض من ظهور راشح خارج

الاوعية فى المخ والاجهزة الداخلية الاخرى وخاصة الكبد . وتأخذالخلايا العصـــبية فى الانتفاخ ثم تضـــمر ، وقد تتلاشي ، الأمـــر الذى يؤدى الى ما يحدثه هذا المرض من اضطراب .

الصورة الاكلينيكية : يبـــدأ الالتهـــاب الحـاد بالتبــلد والضعف والاكتئاب والصداع . وفى خلال ثلاثة ايام أو أربعة يضطرب النوم حيث ينام المريض بالنهار ويستيقظ ليلا أو قد ينام لايام ويتدهور الوعى . ومن الاعراض الذهانية التى تظهر فى الفترة الحادة ، الهذيان واضطراب الحس كالاحساس بفقدان الوزن ، وتشوه المظهر . وتتميز الهـلاوس هنا عادة بالاحساس بالقلق والخوف . وقد ينتاب المريض أما حالة من الهياج الحركى أو حالة من الذهول الكتاتونى . وتمتد المرحلة الحادة من أسبوعين الى ثلاثة أسابيع . وغالبا ما نتعرف على المـرض فقط فى المرحلة الثانية مع الاعراض المزمنة . وبعد عدة أشهر أو سنوات أحيانا ، تبدأ أعراض المرحلة المزمنة فى السوء تدريجيـا . ومن الاعراض المبكرة لهذه المرحلة ، اضطراب النوم حيث لايستطيع المريض أن يترك الفراش مباشرة عند الاستيقاظ كما لو كان جسمه مازال فى حالة نوم . ثم يسوء الاضطراب فلا يستطيع المريض مقاومة النوم نهارا ، ولكن ينتابه الارق ليلا والاحساس بعدم الارتيـاح أو السـعادة . ثم تزداد الاضـطرابات الانفعالية سوءا حتى أن المريض يأخذ فى الضحك أو البكاء دون وعى . كما تنشأ اضطرابات شديدة فى المجـال الحركى ، فتتدهور الحركات الدقيقة التى تتطلب درجة عالية من التوافق ويظهر الارتعاش حتى فى حالات الراحة التامة . وبالاضافة الى ذلك يوجـد جمود حركى عام ، وهبوط حركى ، واضطراب فى حركة تقـارب المقلتين . واذا طلب من المريض أن يؤدى حركتين فى وقت واحد ، كأن يخـرج لسـانه ويرفع

ذراعه ، فانه يستطيع ان يؤدى احداهمـا فقط . وتصبـح الحركات الارادية فجة وغير دقيقة . ويصعب توافق الحركات لان مدى انقباض العضلات يصبح اما ضيقا جدا او متسعا اتســاعا كبـيرا ، فيكتب فى حروف دقيقة أو عندما يحاول أن يصل الى شيء يمـد يده أبعد ممـا يتطلب الامر . ويزداد التوتر العضلى فى هذه المرحـلة ويزداد الجمود العام سوءا ، فيصبح وجهه جامدا ونظراته متفرسة ، مع انحناء مميز لراسه ، وتصبح الاذرع نصف مثناة ، وعنـد السير لاتتوافق حركات اذرعه .

وتختلف الاضطرابات النفسية فى المرحلة المزمنة ايضا ، فينتاب المريض حالة من الاكتئاب العام يظهر فى بطء العمليات العقلية ، كمـا يصبح غير مبال بأى شيء ، وأحيانا يظهر اهتماما زائدا بذاته فقط . ولا يقوم بدور فى أمور اسرته ، ويفقد كل الاهتمام بمهنتهوحياتهالعامة. وينتابه الاحساس بالمـرارة وقليـلا ما يكون فى حالة مرح . وحيث أن المريض يكون فى حالة اكتئاب مستمر أو فى حالة مزاجية من المرح الشاذ ، فانه يصبح فى حالة لا يتحمل معها المحيطين به فيصير عدوانيا ، وتزداد دوافعه فى شدتها حيث تزداد رغبته فى تناول الطعام والجنس ..الخ. وعلى الرغم من أن الذاكرة لا تتدهور ، فان المرضى لايستطيعون استخدام المعلومات التى اكتسبوها من قبل فى جمع معلومات جديدة او القيـام بالاعمال اليومية بنشاط ، ويصبح المرضي فى معظم الاحيان وكأن الخبل قد انتابهم .

ويؤدى التهاب المخ الوبائى عند الاطفال عادة الى التخلفالعقلى. كما أنه قد يؤدى الى حالة من الديناميكية الزائدة ، بدلا من ان يصاب

الطفل باضطراب حركى ، وهذه الحالة تتميز بقلة الضبط والسلوك غير المنظم وعدم الاستقرار ، والازعاج ، وبهذا يصعب ابقاء اولئك الاطفال تحت السيطرة فى الجماعة .

وهنـاك ايضا الاضـطراب النفسى والذى يتميز بالاحساسات الخاطئة المختلفة . والاضطرابات الانفعاليـة تظهر فى نوبات ويسـهل اثارتها بالمؤثرات الخارجية ، ويؤدى ارتفاع درجة الحـرارة أو البرد الخفيف أو الاجهاد الجسمى الى حـدة المرض حيث ينتـاب المريض احساس بفقدان الوزن وكبر حجم الاطـراف والراس او الاحسـاس بأشياء غريبة فى الجسم ، كالاحساس بوجود زجاج مكسور تحت الجلد ورمل أو تراب فى الفم . وبالاضافة الى هذه الاعراض هناك الاكتئاب وأفكار توهم المرض وهذاءات الاضطهاد والايماء . ويتراوح مسـار المرحلة المزمنة من التهـاب المخ السـحائى ما بين التوقف والحـدة . وتختلف مدة حدة المرض من عدة أيام أو أسابيع الى عدة اشهر . ومن الجدير بالذكر أنه لاتوجد فترة محددة بين المرحلة الحادة والمزمنـة . فهناك حالات تتتابع فيها المراحل دون فاصل زمنى ، بينمـا توجـد حالات لاتتتابع فيها المراحل بل يوجد بينها فاصـل زمنى قد يصـل الى سنوات دون أن نكتشف أى اضطراب واضح . واخيرا قد تتطور الاعراض المزمنة الى صورة واضحة من الهزال الجسمى والعقلى تنتهى بموت المريض .

العلاج : ينصح باعطاء المضادات الحيوية ، وخاصة البنسلين فى المرحلة الحادة . وفى نفس الوقت تعالج حالة التسمم باعطاء محلول الدولارجـول بجـرعات ٥ مليلتر فى الوريد مرة واحـدة فى اليوم

ولمدة ١٠ — ١٥ يوما . وفى بعض الحالات نحصل على نتيجة طيبة باستخدام الالارجول ، حيث يذاب ٥و مليلتر من الالارجول فى ٢ أو ٣ مليلتر من محلول فسيولوجى ويحقن المحلول فى النخاع الشوكى بعد سحب ٢ أو ٣ مليلتر من السائل المخى الشوكى . وقد يعطى نفس العقار فى الوريد أو العضل بجرعات من ٥ الى ١٠ مليلتر . ويمكن اعطاء الالارجول يوميا فى الوريد أو فى العضل ، ولكن يجب الا يستخدم فى النخاع الشوكى أكثر من مرة واحدة كل خمسة ايام ، وفى المرحلة الحادة ينصح الكثيرون باعطاء جرعات من ١٠ مليلتر من محلول ١٠ فى المائة من يوديد الصوديوم فى الوريد .

وبعد الشفاء من المرحلة الحادة يلاحظ على المريض حالة من الضعف العصبى عادة حيث الضعف العام والبكاء والارق ، يعالج منها المريض بالعقاقير المقوية .

وتعالج المرحلة المزمنة بعقاقير ضد التصلب والجمود والارتعاش .

التهاب المخ فى حالة الانفلونزا

مازال التهاب المخ نتيجة الانفلونزا غير معروف . فبالاضافة الى أن هناك حالات من التهاب المخ تصاحب الاصابة بفيروس الانفلونزا ، الا أن هناك ما يدعو الى افتراض وجود نوع من الانفلونزا يصيب المخ مباشرة . ولهذا الالتهاب صور عديدة أكثرها حدوثا ، التهاب المخ النزيفى الحاد ، والتهاب المخ السحائى المنتشر ، والتهاب المخ السحائى المحدود . ويتلف التهاب الانفلونزا اساسا سحايا وقشرة المخ . وفى حالة التهاب المخ النزيفى تتأثر الأوعية الدموية فى المخ فتتسع وتنزف ، وتنتفخ مادة المخ ويصبح لونها قرنفليا ، ويصير ملمسها رخوا . وفى حالة التهاب المخ

المنتشر ، يظهر استسقاء فى كل من السحايا ومادة المخ ، وقد لايحتوى الراشح على خلايا ، او قد يحتوى على عدد قليل من خلايا البلازما وكرات الدم البيضاء . وتحدث نفس التغيرات فى حالة التهاب المخ السحائى المحدود ، ولكن يتمركز الالتهاب عادة فى كل من الفص الصدغى والجدارى .

الصورة الاكلينيكية

التهاب المخ النزيفى الحاد : يبدأ المرض بأعراض تشبه اعراض الأنفلونزا من ضعف عام ، وقشعريرة واحساسات بعدم الأرتياح فى مختلف أجزاء الجسم وخاصة فى المفاصل الصغيرة ، والتهاب القنوات الهوائية العليا . ويكثر حدوث الصداع هنا عن حدوثه عادة فى حالة الأنفلونزا . وقد لا يوجد ارتفاع فى درجة حرارة الجسم . وبعد أسبوع تقريبا من ظهور العلامات الاولى للانفلونزا ينتاب المريض الأرق والأحساس بالقلق والخوف والهلاوس البصرية والسمعية . ومن الأعراض المميزة الهياج الحركى الشديد . وفى البداية يبدو الهياج الحركى وكأنه ذو هدف حيث يقوم المريض بالدفاع عن نفسه ضد الخطر الذى يتخيله نتيجة لمخاوفه وهلاوسه فيحاول الجرى بعيدا . ثم يتطور عدم الاستقرار الحركى الى حركات زائدة غير ارادية فجة . ومع تقدم المرض تسوء الحركات الزائدة ويضطرب الوعى الى درجة الغيبوبة .

وكثيرا ما ينتهى هذا النوع من الألتهاب بموت المريض فى فترة ما بين ٧ — ١٠ أيام .

التهاب المخ المنتشر : يشبه هذا الالتهاب اكلينيكيا التهاب المخ النزيفى الحاد ولكنه يختلف عنه على أية حال ، فى كون مساره حسنا حيث ينتهى عادة بالشفاء . والاكتئاب والقلق أعراض مميزة لهذا

الالتهاب ، بالاضافة الى العلامات العصبية العامة من اضطرابات بصرية حركية وصداع وقيء . وينشأ بعد ذلك اضطراب فى تفسير ما يحيط بالمريض كما يشكو من اتجاهات عدوانية نحـوه ممن يتعـامل معهم . وتنتابه أفكار بالموت . ويصاحب الأفكار الهذائية هذه الهلاوس السمعيه والبصرية .

التهاب المخ السحائى المحـدود : يبـدو أن هذا الألتهاب اكثر اضطرابات المخ حدوثا بعدوى الأنفلونزا .ولا يلاحظ على المريض علامات أكثر من العلامات العادية للانفلونزا . ويعقب توقف المظاهر الحادةظهور أعراض اضطراب فى القشرة المخية والتى يخفيها عادة العلامات الاكلينيكية العامـة للأنفلونزا . وفى حالة الاطفال يأخـذ الالتهاب غالبـا الصورة النفسحسية التى تتميز بنشأة المرض الفجائية مع زيادة ارتفاع درجة حرارة الجسم حتى تصل الى ٣٩ درجة مئويـة فى خلال أسـبوع . وبالاضافة الى ذلك ينتاب المريض الصداع الشـديد ، والغثيان والقيء وأعراض التهاب القنوات الهوائية كالزكام والكحة ، وأيضـا التهـاب اللوزتين وغيرها من الأحساسات المؤلمة وخاصة فى البطن . وتؤخذ هذه الاعراض على أنها الاعراض العادية للانفلونزا . وفى ذروة المرحلة الحادة للمرض يوجد أضطراب فى الوعى ونوبات من الهلاوس البصرية . كمـا يشكو المريض من احساس بالسواد أو الضباب أو الدخان أمام عينيه ، وتوهم فقدان الوزن وتعرج الأرض وتشوه شكل الأشياء .

العلاج : يقوم العلاج على استخدام البنسلين بحقن فى العضل بجرعة ١٠٠,٠٠٠ وحدة ست مرات خلال أربع وعشرين ساعة . وتسـتخدم كذلك المنومات والمهدئات . وبعد علاج البنسلين يعطى محـلول ٤٠ فى المائة من اليوروتروبين مع كميات صغيرة من الجلوكوز وفيتامين ج .

التهاب المخ فى حالة الحمى الروماتزمية

لوحظ وجـود حالات من التهاب المخ تصاحب روماتزم المفاصـل حيث يظهر على المريض الاكتئاب والخوف وعدم الاستقرار الحـركى . كما أن هناك حالات من التهاب المخ تنشأ لا كمضاعفات للاصابةبروماتزم المفاصل ولكن عن اصابة مباشرة للمخ .

الصورة الاكلينيكية : يظهر التهاب المخ نتيجة الحمى الروماتزمية بأعراض تتضمن سرعة الاستثارة وعدم القدرة على بذل المجهود لمدة طويلة مع الصداع والدوخة واضطراب النوم وفقدان الشـهية وعـدم تحمل الأصوات العالية والضوء الساطع . كما تظهر اضطرابات حركية من حيث البطء والأرتباك وصعوبة الأداء ، وأحيانا جمود الحـركة . وتتضـمن الاضطرابات الحسية اضطراب الأدراك البصرى والمكانى . وفى المجال الانفعالى يشيع الاكتئاب وعدم الاستقرار الانفعـالى . ويتميز المرض بمسار حسن ، ولكن هناك حالات تزول فيها الاعراض الاساسية التى سبق أن ذكرناها وتظهر أعراض تتضمن المخـاوف وردود الفعـل الهستيرية ونوبات صرع .

العلاج : يقوم العلاج على استخدام الساليسيلاتس والبراميدون والمضادات الحيوية وخاصة الاستربتوميسين والبنسلين ، كمـا يعطى فيتامين ج فى جرعات كبيرة . بالاضافة الى المنومات والمهدئات .

الاضطراب الذهانى المرتبط بأمراض أخرى فى المخ

الاضطراب الذهانى فى حالة تصلب شرايين المخ

تصلب الشرايين مرض شائع يتميز بزيادة سمك جدران الشرايين وصلابتها وفقدان مرونتها فيضيق مجرى الدم مما يؤدى الى نقص كمية الدم التى تصل الى المنطقة التى يغذيها الشريان ، فتبدأ خلايا المنطقة فى التدهور والضمور . وجدير بالذكر أن تغيرات تصلب الاوعية الدموية لا تحدث بدرجة واحدة ، ففى بعض الحالات توجد تغيرات شديدة فى الأوعية الدموية فى قاع المخ ، بينما لا تتأثر الأوعية داخل الجمجمة ، كما لا يحدث التغير فى الاوعية الدموية ذاتها بنفس الدرجة ، فيختلف تأثر جدرانها بدرجات مختلفة على امتداد طولها . وأحيانا تتأثر الأوعيـــة الكبيرة ، وأحيانا اخرى تتأثر الأوعية الصغيرة .

الصورة الاكلينيكية : تختلف السن التى يظهـر فيها تصـلب الشرايين كثيرا ، ولكنه يظهر عامة ما بين ٥٠ ـ ٦٥ سنة . وتبدأ اعراض الأصابة بتصلب الشرايين بالاحساس بالاجهاد والاســتثارة وقلة النوم والصداع والدوار . كما نلاحظ على المريض عدم الاستقرار الانفعـالى والقلق والاكتئاب . وبالاضافة الى هذه الاضطرابات يشكو المريض من النسيان وخاصة الأسماء والتواريخ والأرقام . وعــدم تناسق الكلام . وتكون حالة المريض عرضة لتغيرات واضحة أثناء اليوم ، فقد يشـــعر بالمرض فى فترة الظهيرة ولا يستطيع مقاومة النوم الذى يعتريه ، بينمـا يشعر فى المساء باليقظة والتحسن . وبتطور المرض تزداد شدة عـــدم الأستقرار الانفعالى ،واضطراب الذاكرة والانتباه ، والاكتئـاب وتوهم المرض . كما يظهر المريض اندفاعية وعدوانية فى سلوكه ، فيصبح غـير

محتمل فى البيت والعمل . ويتشكك فى أصدقائه واقاربه ويهمل فى مظهره وملابسه . وتتضح هنا أيضا الهلاوس وهذاءات الاضطهاد . ويفقد المريض القدرة على فهم ما قد يستخدم فى الحديث من مجاز ، وعلى ملاحظة الفرق بين المفاهيم المتشابهة ،كما يفقد القدرة على تقييم المواقف . وجدير بالذكر أن نشير الى ان نوبات الهذيان وفقدان الوعى التى تحدث فى المرحلة المتطورة من مرض تصلب الشرايين ، تشبة حالات التهويم فى الصرع مع الاستثارة وفقدان الوعى بالزمن والمكان . وفى بعض الحالات تظهر هذه النوبات بعد أعراض منذرة من اللغط أو الصداع أو احمرار الوجه .

العلاج : يلزم تنظيم حياة المريض بالابتعاد عن الاعمال المجهدة جسميا ونفسيا مع الاهتمام بالترويح والراحة والتغذية . واعطاء المريض العقاقير المضادة لضغط الدم المرتفع ، والعقاقير المضادةلاعراض الاضطرابات النفسية التى يعانى منها المريض . كما يجب الاهتمام هنا بالعلاج النفسي لما له من فاعلية فى علاج الاضطرابات النفسية التى تصاحب مرض تصلب الشرايين .

الاضطراب الذهانى المرتبط بضغط الدم المرتفع

نلاحظ فى حالة ضغط الدم المرتفع اضطراب وظيفة القلبوالاوعية الدموية ، وتدهور تكوين جدران الاوعية الدمويه حيث تأخذ الاوعية الصغيرة شكلا حلزونيا مع وجود اتساعات فيها ، كما تتمزق جدرانها مما يؤدى الى النزيف . وهذا بدوره يؤدى فى المخ الى تدهور الخلايا والوصلات العصبية .

الصورة الاكلينيكية : تمر الاعراض التى تظهر مع ارتفاع ضغط الدم فى ثلاثة مراحل :

المرحلة الأولى : حيث يشكو المريض من الدوخة والصداع ونقط متوهجة امام العينين والتعب بسرعة ، مع الاثارة والاكتئاب والارق . وينمو لدى المريض أفكار عن توهم المرض والخوف من الموت المفاجىء او المضاعفات الشديدة .

المرحلة الثانية : فى هذه المرحلة يثبت ضغط الدم المرتفع الى حد ما ، وقد يتذبذب ولكنه لايعود عادة للمستوى العادى . ويحدث هنا تغيرات ثابتة فى عضلات القلب وفى شرايين الكليتين والمخ . كما تتميز هذه المرحلة بانقباض الاوعية مما يؤدى الى الدوخة المفاجئة ، وزيادة الصداع ، والاعياء واضطراب الكلام . وقد ينشأ حالات هوس وهياج حركى . ومخاوف وفقدان الذاكرة .

المرحلة الثالثة : وفيها توجد زيادة ثابتة فى ضغط الدم ، ويؤدى تصلب الشرايين الصغيرة الى اضطرابات واضحة فى الاجهزة والانسجة التى تغذيها ، كما تضطرب كفاءة الشرايين التاجية . وقد يحدث ايضا اضطراب فى وظيفة الكلية يصل الى حالة اليوريميا .

وفى هذه المرحلة تحدث الصدمات المخية مما يؤدى الى تدهور الخلايا والوصلات العصبية . ويصاحب ارتفاع ضغط الدم أزمات : قد تكون بسيطة أو شديدة . فالازمة البسيطة قد تستمر من عدة دقائق الى ساعتين أو ثلاث ، وتنشأ فجأة ، وفيها يتغير لون وجه المريض وينتابه الصداع الحاد والدوخة ، وتقل حدة ابصاره ، ويصبح فى حاجة ملحة دائما الى التبول ، كما ينتاب المريض أعراض من القلق والخوف

وفقدان الذاكرة . اما الازمة الشديدة فتستمر عادة من عدة ساعات الى أربعة أو خمسة أيام . ويشكو المريض من الاحساس بثقل فى الرأس وصداع حاد مع الغثيان والقىء . وينتاب المريض الصمم عادة . والاعراض المميزة لهذه الازمة قلة نشاط القلب والاحساس بآلام فى المنطقة التى تحيط به ويظهر مع الازمات الشديدة نوبات من الهوس والهذيان . وهذه الازمات المصاحبة لارتفاع ضغط الدم تحدث نتيجة لرد فعل سمبثاوى — أدرناليني فجائى يصاحبه انقباض فى الاوعية الدموية وارتفاع سريع فى ضغط الدم .

العلاج : وتبعا للقول الذى يذهب الى تأكيداهمية العوامل البيئية فى نشأة الضغط المرتفع ينصح المريض بتجنب الاجهاد والاستثارة واتباع نظام من العمل يسمح بالقدر اللازم من الراحة ، وكذلك الاهتمام بالتمرينات الرياضية والتغذية وانتظام عملية الاخراج . ففى هذا كله تقوية للجهاز العصبى مما يكون له أثره فى تجنب ارتفاع الضغط كما يكون له أهمية فى العلاج .

ولعلاج ارتفاع ضغط الدم تستخدم العقاقير المضادة لضغط الدم المرتفع . كما يعطى المريض العقاقير المناسبة للاضطرابات النفسية التى قد يعانى منها .

الاضطراب الذهانى المرتبط بالصرع

الصرع مفهوم يطلق على طائفة من الامراض والاعراض الجسمية والنفسية ترجع كلها برغم اختلافها الى نوبات من اضطراب نشاط بعض أجزاء المخ ، يظهر فى هيئة تغير كيميائى وفى هيئة جهد كهربى غير سوى ، وينتشر فى موجات مثيرة يمكن تسجيلها برسام المخ ، وتنتشر

هذه الموجات من البؤر التى تنبعث منها الى اجزاء مختلفــة من المخ . وتتوقف الصورة الاكلينيكية لنوبة الصرع على البؤرة التى تنبعث منها تلك الموجات المثيرة وشدتها ومدى انتشارها . وتظهر الاعراض عادة فى صورة نوبة تأتى فجأة وتتكرر على فترات متقاربة أو متباعدة ، ولــكن الموجات الشاذة قد تظهر أحيانا بدرجة ضئيلة فيما بين النوبات حيث يمكن تسجيلها برسام المخ ؛ وان كانت لاتؤدى الى ظهورأعراض واضحة. ولما كانت الصورة الاكلينيكية للصرع تتوقف على أجزاء المخ التىتشملها الموجات المثيرة ، فقد يبدو الصرع فى مظاهر عديدة من جسمية ونفسية. وينقسم الصرع من حيث أسبابه الى :

١ ـ الصرع الاولى أو الذاتى : حيث لايتضح السبب ؛ بل قديرجع الصرع الى انخفاض عتبة اثارة جزء المخ الذى تشمله الموجة المثيرة .

٢ ـ الصرع العرضي او الثانوى : وهنا يكون السبب العضــوى واضحا والصرع عرض له . والاسباب التى تؤدى الى الصرع العرضى قد تكون داخل الجمجمة أو خارجها .

وتشمل أسباب داخل الجمجمة :

أ ـ الامراض التى تشغل حيزا ، كأورام المخ والدمامل .

ب ـ أمراض الاوعية الدموية ، كأمراض اوعية المخ الحادة والمزمنة، وارتفاع ضغط الدم وجلطة المخ .

ج ـ اصابة المخ ، وتشمل اصابات الميلاد التى يكون لها آثارها فى المخ وضموره .

د ــ الامراض المعدية ، كزهرى السحايا وزهرى المخ ، والتهاب السحايا والمخ .

هـ ــ امراض التدهور كخبل ما قبل الشيخوخة .

بينما تشمل اسباب خارج الجمجمة :

ا ــ نقص الاكسجين فى انسجة المخ ، بسبب القلق او الاختناق او التسمم بأول اكسيد الكربون .

ب ــ اضطرابات التمثيل الغذائى ، كاليوريميا ، ونقص السكر فى الدم ، وهبوط الكبد .

جـ ــ السموم كالكحول والكوكايين والرصاص والاثير .

د ــ اسباب غير محددة كالنوبات التى ترتبط بالتسنين، والحميات فى الطفولة .

هـ ــ التشنج النفاسي .

وبالاضافة الى الاسباب التى تؤدى الى الصرع ، هناك اسباب تثير النوبة وعلى ذلك تسمى بالاسباب المثيرة للنوبة ، كالتعب والاستشارة ، والملل وتناول طعام غير ملائم ، وتعاطى كميات كبيرة من الكحول والمثيرات الحسية والاضاءة الساطعة والقراءة والجماع الجنسى . ولكيمياء المخ التى ما زلنا لا نعلم الا القليل منها ، اثر على قابلية المخ للاثارة . فقد وجد أن بالمخ مادة تسمى حامض الجاما ــ امينوبيوتريك تزيد من مقاومة الجهاز العصبى للاثارة ، ولولا هذه المادة لكان اى منبه حسى كافيا لاثارة المخ لدرجة احداث نوبة صرع ، وعلى العكس فان زيادة مادة الاستيل كولين قد تزيد اثارة بعض أجزاء المخ لدرجة احداث نوبة صرع . وهناك مظاهر عديدة للنوبة ، فمظاهر النوبة الحسية تتضمن احساسا بالالتهاب او فقدان الاحساس فى اجزاء مختلفة من

الجسم ، وقد تتمركز هذه الاحساسات فى موضع محدد أو تنتشر من نقطة البداية فى اتجاه محدد . وتظهر مظاهر النوبة البصرية فى رؤية دوائر أو نقط حمراء أمام العينين ، والعمى المؤقت ، وأحيانا تبدو الاشياء من حول المريض حمراء ، وعلى ذلك يظهر كل شيء من حول المريض وقد شبت فيه النار أو غطى بالدم . وغالبا ما تأخذ مظاهر النوبة البصرية صورة مسخ الاشياء ، فيصبح شكل الناس مخيفا ، كما تبدو المبانى فى أوضاع مائلة . وتتضمن مظاهر النوبة السمعية سماع أصوات رنانة او طلقات مدافع أو انغام موسيقية أو صراخ طفل أو تهديدات أو أوامر نهى . ومن مظاهر النوبة النفسحسية الاحساس بكبر أو صغر حجم جسم الفرد ذاته ، أو أجزاء منه ، بالاضافة الى الاحساس بالدوار والغثيان أو القوء . وهناك أيضا مظاهر شمية وتذوقية وغالبا ما تصاحب مظاهر النوبة السمعية والحسية . فيشكو المريض من شم رائحة كريهة ، ويحس بطعم لاذع أو ملحى او مر أو حلو فى الفم .

ومن المظاهر الحشوية للنوبة خفقان القلب والاضطرابات الدموية من اصفرار واحمرار وصعوبة التنفس والاحساسات غير السارة فى المعدة حيث الغثيان والقيء والاضطرابات المعوية من احساس شديد بالجوع والعطش والرغبة الملحة فى التبرز والتبول . وتشمل المظاهر الحركية للنوبة اختلاج العضلات ، والتشنجات والجرى الى الامام دون هدف .

وهناك المظاهر النفسية للنوبة التى غالبا ما يصاحبها بعض المظاهر الاخرى حيث ينتاب المريض الاحساس بالخوف والقلق أو على النقيض من ذلك الاحساس بالسعادة والهدوء .

ويغلب ان تفاجىء النوبة المريض ، ولكن هناك حالات يحس فيها المريض قبل النوبة بقليل او بعدة ساعات او ايام ببعض الاعراض التى تنبئه بقرب حدوث النوبة كالتوتر او الاكتئاب او الصداع او اضطراب صحة المريض عامة . وتعرف هذه الاعراض بالنذير الصرعى .

ويظهر الصرع فى صور اكلينيكية مختلفة منها :

الصرع الكبير

فى هذا النوع من الصرع نستطيع ان نفصل النوبة الى ثلاثة مراحل :

المرحلة الاولى : وتسمى المرحلة التوترية وفيها يفقد المريض شعوره ويسقط فجأة على الارض فى حالة تصلب . وقد تخرج من المريض صرخة غير ارادية نتيجة تقلص عضلات الحلق والتنفس ، كما يظهر هذا التقلص فى الوجه والجذع والاطراف . وتستمر هذه المرحلة من ٥ - ٤٠ ثانية .

المرحلة الثانية : وتسمى المرحلة التواترية وتحدث فيها تشنجات يتناوب فيها تقلص العضلات وارتخاؤها بسرعة زائدة . ويزرق الجلد نتيجة توقف التنفس ، وقد يعض المريض لسانه ويظهر اللعاب فى هيئة رغوة من الفم . وقد ينساب البول او البراز او يقذف المريض بعض السائل المنوى . وتستمر مرحلة التواتر من ٤٠ - ٦٠ ثانية .

المرحلة الثالثة : حيث تاخذ الحركات التواترية فى الزوال تدريجيا فيأخذ المريض فى الاسترخاء ويعود اليه تنفسه ويفيق من غيبوبته بالتدريج بعد دقائق او ساعات . وقد تمر حالة الغيبوبة مباشرة الى نوم عميق يستمر لعدة ساعات قبل أن يعود المريض الى شعوره ، وفى

بعض الحالات يستعيد المريض شعوره قبل النوم . وقد ينتاب المريض بعد النوبة أعراض من الاضطراب النفسي . فيضطرب الشعور ويقوم المريض بأعمال تلقائية غير ارادية وغير شعورية تسمى بالانفعال التلقائية التى تعقب الصرع ، كما ينتاب المريض القلق أو الافكار الاضطهادية أو الهلاوس او يصبح عدوانيا .

وفى حالات نادرة ينتاب المريض نوبات صرعية متكررة او متلاحقة، بل فى بعض الحالات تتلاحق النوبات بحيث لايكاد المريض يفيق من نوبة حتى يدخل فى أخرى . وتسمى هذه حالة صرعية مستمرة أو صرع متواصل . وهذه حالات لها خطورتها على حياة المريض وتتطلب علاجا سريعا .

العلاج : يجب تشجيع المريض على ان يحيا حياة هادئة كلما أمكن ذلك ، وتجنب المواقف الخطرة كالعمل فى الاماكن المرتفعة وقيادة السيارات والسباحة . وأثناء النوبة وفى مرحلة التواتر قد يساعد وضع قطعة من القماش فى جانب من الفم على تجنب عض اللسان . كما يفيد كذلك وضع المريض على جنبه وسحب الفك السفلى الى الامام .

ومن حيث العلاج الطبى فيجب ان يستمر العلاج لمدة سنتين بعد توقف النوبات . وعند استبدال العقار بعقار آخر ، فيجب تقليل جرعة العقار الاول بالتدريج قبل استبداله ، على أن تزيد جرعة العقار الجديد بالتدريج أيضا . والجرعة اللازمة للعلاج يجب ان تكون بأقل كمية ممكنة تتناسب والسيطرة على الحالة .

ومن العقاقير الفعالة ضد التشنجات عقار الفينوباربيتون ويعطى بجرعة ٦٠ — ١٠٠ مليجرام مرة أو مرتين فى اليوم . وعقار البريميدون

ويعطى مبدئيا بجرعة ٢٥٠ مليجرام وقت النوم ، ثم تزيد الجرعة تدريجيا . ومن مضاعفات البريميدون الدوار واختلاج الحركات الارادية وعدم تآزرها وازدواج الابصار وطفح الجلد ، والانيميا ونقص كرات الدم البيضاء . وعقار الديلانتين ذو فاعلية فى علاج الصرع الكبير ويعطى بجرعة ٦٠ — ٢٠٠ مليجرام ٣ مرات يوميا . ومن مضاعفاته القىء ، والتهاب الجلد الذى قد يصاحبه ارتفاع فى درجة الحرارة ، وتورم اللثة ، ونقص الصفائح الدموية ، ومن المضاعفات ايضا الاكتئاب وتدهور الوظائف العقلية وذهان يشبه الفصام ، والتهاب الاعصاب الطرفية الذى يظهر فى حالات نادرة بعد عدة سنوات من تعاطى العقار . ومن المضاعفات غير الشائعة انتفاخ الغدد الليمفاوية والكبد والطحال ، وينشأ عند استبعاد العقار .

ومن العقاقير المستخدمة عقار الميثيون ولكن مايحدثه من مضاعفات على نخاع العظم والكبد يحد من استعماله ، فيقتصر على الحالات التى لاتستجيب للعقاقير الاخرى ويعطى بجرعة ٥٠ — ١٠٠ مليجرام ٣ مرات يوميا . وعقار الكاربامازيين الذى يستعمل فى تكملة فاعلية العقاقير التى تثبت انها غير مناسبة ويعطى بجرعة ١٠٠ — ٢٠٠ مليجرام وقت النوم . ومن مضاعفاته الطفح الجلدى والدوخة وجفاف الحلق واضطراب الجهاز الهضمى والصفراء والانيميا .

الصرع الكبير المتواصل

فى هذا النوع من الصرع تتتابع النوبات الكبيرة فلا يفصلها بعضها عن بعض الا دقائق أو ساعات ، ولا يفيق المريض تماما ، ولكن يبقى فى حالة ارتباك بين النوبات . وهى حالة خطيرة اذا لم يعالج منها المريض ، حيث تنتابه غيبوبة وتصل درجة حرارته الى ٤١ درجة مئوية .

العلاج : يلزم ايقاف النوبات باعطاء المريض الفاليوم بجرعة من ١ - ٢, مليجرام لكل سنة من عمره بحد اقصى ١٠ مليجرام فى الوريد او العضل ، وتتكرر الجرعة اذا لم تتوقف النوبة . ويشيع ايضا اعطاء الديلانتين بجرعة ٢٠, - ٣٠ مليجرام لكل سنة من عمره بحد اقصى ٢,٥٠ مليجرام فى الوريد . كما يستعمل فينوباربيتون الصوديوم بجرعة ٢,٠٠ مليجرام فى العضل ، ومحلول ٥ فى المائة من اميلوباربيتون الصوديوم بسرعة ١ سم٢ فى الدقيقة فىالوريد حتى تتوقف النوبة او حتى يصل ما نعطيه للمريض ١٠ سم٢ ، وعقار البارالدهيد بجرعة ١٠ سم٢ فى العضل ، ويمكن كذلك اعطاء محلول ٥ر٢ فى المائة من الثيوبنتون فى الوريد حتى تقف التشنجات . وبمجرد السيطرة على التشنجات ، واستعادة المريض لشعوره ، يمكن ان يقوم العلاج على عقاقير ضد التشنج عن طريق الفم .

واثناء الصرع المتواصل يجب التأكد من سلامة التنفس ، فالاكسجين يساعد على خفض ما قد يحدث من اختناق فى انسجة المخ فيساعد على السيطرة على النوبات . وفى الحالات النادرة قد يلزم الامر اجراء جراحة فى القصبة الهوائية .

الصرع الصغير

لايتعدى هذا الصرع فقدان الشعور لبضع ثوان ، او قد تصحبه اختلاجات بسيطة فى الوجه والاطراف . واثناء النوبة يتوقف المريض عما يقوم به من افعال ، كأن يقف عن المشي والكلام فجاة ، كما يحدق بعينيه وينظر الى اعلى . وبعد النوبة يواصل المريض ما كان يقوم به من فعل ، كما انه قد لايعى بما حدث . واحيانا قد يصل عدد النوبات الى مائة

نوبة فى اليوم . وينتاب الصرع الصغير أساسا الاطفال ، وفى المراهقة قد تختفى الحالة او يحل محلها نوبات من الصرع الكبير .

العلاج : يقوم العلاج على اعطاء المريض الترايدون أو البارادیون بجرعة ٣٠٠ — ٦٠٠ مليجرام ٣ مرات يوميا . ومن مضاعفات هذين العقارين ، عدم قدرة المريض على تحمل الضوء الساطع ، والطفح الجلدى والانيميا واضطراب الكلى بالاضافة الى ان هذين العقارين يؤديان الى نوبات من الصرع الكبير ، الامر الذى يمكن تجنبه باستعمال الفينيتيون حيث يكفى منه جرعة فى الليل . كمايستعمل عقارالزارونتين الذى يؤدى ايضا الى نوبات من الصرع الكبير التى يمكن السيطرة عليها باستعمال العقار المناسب ، ويعطى المريض كبسولة ٢٥٠ مليجرام يوميا لمدة اسبوع ، ثم ٢ كبسولة يوميا فى الاسبوع الثانى ، وهكذا تزيد الجرعة اليومية بمقدار كبسولة كل أسبوع حتى تظهر الاعراض الجانبية أو الى أن تصل الجرعة من ٦ — ٨ كبسولة يوميا . وعادة ما تكون الجرعة من ٤ — ٦ كبسولة يوميا . وتشمل مضاعفات عقار الزارونتين نوبات الصرع الكبير ، وفقدان الشهية والغثيان والقىء والطفح الجلدى ، ونقص خلايا الدم . ومن العقاقير المستعملة ايضا الميلونتين والسيلونتين ويستعمل عقار الدياموكس كمساعد لعقاقير الترايدون والبارادیون والزارونتين والميلونتين والسيلونتين عندما لاتكون هذه العقاقير غيرفعالة بمفردها . ويعطى بجرعة ٢٥٠ مليجرام ٣ مرات يوميا . وتشمل مضاعفاته الحساسية الزائفة وفقدان الشهية ، واضطرابات بسيطة فى الجهاز الهضمى والدوخة والارتباك والصداع .

نوبات اختلاج العضلات وعدم الحركة

يرجع اختلاج العضلات الى استثارة النيرونات . وتتكون النوبات من اختلاجات فجائية فى اجزاء الجسم المختلفة وخاصة الاطراف . وقد

يصاحبها نوبات من عدم الحركة والاسترخاء حيث تفقد العضـــلات توترها فجأة مع تغير الشعور . واذا كان المـريض فى حالة وقوف فانه يسقط على الارض . وقد ينتاب المريض ايضا نوبات كبيرة .

العلاج : عقار البريميدون ذو فاعلية فى علاج هذه النوبات .

النوبات الموضعية او البؤرية

وعلى النقيض من النوبات العامة التى تظهر فى الصرع الكبيروالصرع الصغير ونوبات اختلاج العضـــلات وعدم الحركة التى تنشأ فيها البؤرة المثيرة فى المادة السنجابية فى قاعدة المخ وفى جـذع المخ العلوى ، والتى يحدث فيها تغير الشعور ، فالنوبات الموضعية تبدأ فيها البؤرة المثيرة فى جزء من القشرة كما ان المريض لايفقد شـعوره . وتتوقف الاعراض التى تظهر فى الصرع البؤرى كلية ، على منطقة القشرة التى تبدأ فيها البؤرة المثيرة . وعلى ذلك فالنوبات التى تنشأ فى المنطقة الحركيـة من القشرة ، قد تؤدى الى حركات فى احد الاطراف او جزء منه ، والنوبات هنا تواترية فى طبيعتها . والنوبات التى تنشأ فى المنطقة الجسمحسية قد تؤدى الى حساسية زائفة . والاضطراب الذى يحدث فى المنطقـة القذالية من القشرة قد يؤدى الى تدهـور الابصـار ، واذا تأثر الفص الصدغى المجاور كذلك فانه قد يحدث هلاوس بصرية واضحة ، ونوبات الفص الامامى من القشرة قد تؤدى الى اقحـام الافكار وادارة الرأس والعينين . وجدير بالذكر أن البؤرات المثيرة كثيرا ما تنشـأ فى الفص الصدغى وما يرتبط به من تكوينات ، ممـا يؤدى الى مايعـرف بصرع الفص الصدغى . وقد تبقى البؤرات المثيرة فى موضعهـا او تمتـد الى المناطق المجاورة من القشرة حيث ينشأ ما يسمى بنوبة جاكسون . واذا

امتدت الاثارة الموضعية الى جذع المخ العلوى فانها تؤدى الى نوبة الصرع الكبير .

صرع جاكسون

تبدأ نوبة صرع جاكسون عادة فى طرف الفم او ابهام اليد أوالقدم، وقد تظل الاثارة موضعية فلا تمتد الى اجزاء أخرى حتى تنتهى النوبة بعد قليل ، او قد تمتد الى اجزاء أخرى او تمتد الى أجزاء الجسم جميعه وتصبح نوبة صرعية كبيرة ، ولا يفقد المريض شعوره الا اذا امتد التشنج من أحد نصفى الجسم الى الآخر ، وفى بعض الحالات يعقب هذه النوبة خدل فى بعض العضلات التى تناولها التشنج ، ويسمى خدل تود ويستمر لفترة قصيرة .

صرع الفص الصدغى

تكون نوبات الفص الصدغى ما يقرب من ثلث كل أنواع النوبات ، ويرجع ذلك الى سهولة اصابة الفص الصدغى مما يؤدى الى البؤرات الصرعية . واصابة الفص قد يسببها تعثر عملية الولادة ، واصابات الراس والامراض المعدية عن طريق الاذن الوسطى ، واضطرابات الاوعية الدموية والاورام التى يمكن ان تؤثر فى اى جزء من المخ .

واعراض صرع الفص الصدغى تختلف فيما بينها كثيرا حيث تتوقف الاعراض على منطقة الاثارة ، فقد يحدث عرض او اكثر من الاعراض التالية :

١ - احساسات فى البطن : تعتبر هذه الاحساسات عادة كنذير صرعى للصرع الكبير ولكنها تعتبر نوبة موضعية حيث يحس المريض

باحساس غير سار فى المعدة يمتد الى الصدر والزور . وقد يصاحب هذا احساس زائف فى الفم والشفتين .

٢ — تغيرات فى الادراك : فقد تبدو الاشياء اصغر او اكبر من حجمها ، كما تبدو الاصوات عالية أو خافتة .

٣ — الهلاوس : وهذه الهلاوس قد تكون شمية او تذوقية او بصرية أو سمعية .

٤ — تغير الالفة : فقد ينشأ لدى المريض احساس بالالفة لبيئة غير معروفة له ، او يحس بعدم الالفة لبيئة يعرفها من قبل .

٥ — تغير التفكير : فقد ينتاب المريض ما يعرف بالتفكير المقحم حيث تقتحم شعوره فكرة او كلمة أو عبارة او قطعة موسيقية .

٦ — الحالات الحالمة : وهى احساسات غير واقعية .

٧ — التلقائية الاولية : فقد يأتى المريض بمجموعة من الافعال النمطية حيث تضطرب ارادته ويصدر عنه نشاط تلقائى على الرغم من ارادته .

٨ — الاضطرابات الانفعالية : حيث ينتاب المريض الخوف والقلق أو السرور والنشوة ، وقد ينتابه ايضا احساس بالاكتئاب والبارانويد. وقد يوجد خليط من هذه الاحساسات التى يندر أن تستمر لاكثر من بضع دقائق . ولكن ذكر ان هناك بعض حالات يستمر فيها الاكتئاب لاكثر من اسبوعين .

علاج الصرع الموضعى : تستعمل عقاقير علاج النوبة الكبيرة فى السيطرة على النوبات الموضعية . وتشمل هذه العقاقير الفينوباربيتون والبريميديون والفينيتيون ، وبالاضافة الى استعمال عقار السيلونتين فى علاج نوبة الصرع الصغير فانه يكون ذا فاعلية احيانا فى السيطرة على

نوبات القشرة الموضعية . كما ان عقار الاسبولوت له دوره الاساسي فى علاج الصرع الموضعى بجرعة ١٠٠ — ٢٠٠ مليجرام قبل النوم أو ٣مرات يوميا . وتشمل مضاعفاته اضطرابات فى الجهاز الهضمى والصداع والحساسية الزائفة والدوخة والارتباك . وبالاضافة الى العلاج بالعقاقير هناك العلاج بالجراحة ويقوم على ازالة البؤرة الباثولوجية التى تؤدى الى الصرع . ونلجأ الى هذا العلاج عندما يفشل العلاج بالعقاقير .

بالاضافة الى الاعراض الظاهرة التى تأتى فى هيئة نوبات مما سبق تفصيله ، والى السمات التى قد تبدو على بعض مرضي الصرع كسهولة الاستثارة والاكتئاب ، فان الصرع قد يؤثر على شخصية بعض مرضاه تاثيرا مستمرا واضحا حيث ينتاب المريض ما يعرف بالشخصية الصرعية . وهذه الشخصية الصرعية نجدها بدرجات بسيطة أوشديدة بين مرضى الصرع بأنواعه ولا نلاحظها فى اوضح صورها الا فى نسبة ضئيلة من مرضي الصرع ، فهى بين مرضى ذهان الصرع اكثر منها بين المرضي غير الذهانيين . وتتميز الشخصية الصرعية بتقلب مزاج المريض واحواله ، فهو لطيف حليم احيانا وشرس وسريع الغضب احيانا أخرى ، وهكذا تتسم شخصية المريض بالتناقض ، فالمريض يحب ويبغض ، ويتقن ويهمل ، ويبدو متدينا حينا ، ويسلك سلوكا غير أخلاقى وعدوانيا حينا آخر . ويتصف المريض كذلك بالانانية حيث يعطى اهمية زائدة لنفسه ولكل ما يصدر عنها بينما لايبالى بغيره ولا يقوم بواجباته نحو الغير ويتوقع منهم عطفا عليه واهتماما به وتقديرا لمايعمله ولا يغتفر لغيره هفوة تصدر منه نحوه . وتجعله انانيته سمجا فى تفكيره وحديثه ومعاملاته . ويمثل دور التدين ويردد عبارات دينية دون أن يكون لروح الدين فى سلوكه اثر . ويتجلى تمركزه حول ذاته فى التفكير الزائد فى صحته ، لدرجة الاصابة بتوهم المرض . ومع تقلب أحوال

المريض فى سلوكه ، فان انفعالاته وحركاته وتفكيره وأحاديثه تتبلد تدريجيا ، ولا سيما فى المواقف الجديدة التى تتطلب مرونة وحسن تصرف ، وقد ينتهى به الامر الى اللزمان حيث يثابرعلىأقوالوتصرفات ويكررها على نمط واحد .

كما أن نسبة ضئيلة من مرضي الصرع الذاتى ، الاسوياء فى نموهم العقلى ، قد يصابون بالتدريج بأعراض اضطرابات نفسية تنتهى بهم الى الذهانالصرعى ، ولكن سبب هذا الذهانالصرعى غير معروفبالتحديد، فقد يرجع اما الى العامل الذى يكون قد أدى الى الصرع نفسه ، أو أن النوبات الصرعية قد ادت الى اضطرابات فى الدورة الدموية فى المخ واصابت بعض خلاياه بالتلف ، أو أن العقاقير التى استعملت فى علاج النوبات قد أثرت على خلايا المخ . والصورة الاكلينكية للذهان الصرعى تظهر فى تمركز المريض حول ذاته ونقص اهتمامه بما يحيط به وبضعف انتباهه ، وافتقار تفكيره وضعف ذاكرته ، ويتحول اهتمامهبجسمهالى توهم المرض ، وتنتاب المريض كذلك الهذاءات الاضطهادية والهلاوس السمعية والبصرية ، ويصبح حديثه نمطيا . كما ينتاب المريض نوبات يضطرب فيها الشعور . وقد تزداد حالة المريض تدهورا ، وتنتهى بالصمت وقذارة عاداته ، ويصبح مخبولا ، ومع ذلك يكون عنيدا ، وكثيرا ما تنتابه ثورات غضب وصياح وهياج شديد . وتعرف الدرجة الاخيرة من ذهان الصرع باسم الخبل الصرعى .

الاضطراب الذهانى المرتبط باورام المخ

الأورام التى تصيب المخ تنقسم الى اورام أولية تنشأ فى المخ مباشرة ، واورام ثانوية تنتشر الى المخ من مصادر خارج تجويف الجمجمة . واعراض هذه الأورام تقع فى ثلاث مجموعات :

ا - اعراض زيادة الضغط داخل الجمجمة ، حيث اضطراب الشعور وحيويته والصداع والقيء .

ب - الأغراض العصبية الموضعية نتيجة موضع الورم .

ج - اعراض الاضطراب النفسي ، وتقع فى مجموعتين ، المجموعة الأولى وغالبا ما تظهر مبكرا ، ربما قبل الاعراض التى يسببها زيادة الضغط داخل الجمجمة ، او الاعراض التى يسببها موضع الورم . وهذه الأعراض تحددها سمات شخصية المريض وصراعاته ودفاعاته ، حيث يفقد المريض السيطرة على سلوكه فيصبح فظا وانانيا ولا يأخذ بالأخلاقيات الاجتماعية . بينما تنشأ اعراض المجموعة الثانية ممايحدثه الورم من تلف فى المخ ، وكذلك نتيجة زيادة الضغط داخل الجمجمة . فزيادة الضغط داخل الجمجمة تؤدى الى اجهاد المريض الذى يظهر فى اعراض الوهن المختلفة من اضطراب الذاكرة واضطراب الشعور فى صورة ذهول ، والنوم وفقدان الوعى ، وعدم قدرة المريض على تقييم موقفه ، واحيانا الهلاوس البصرية والسمعية والشمية ، والهذاءات وانحرافات فى السلوك مع الفظاظة والنشوة ، ويصاحب زيادة الضغط داخل الجمجمة صداع وقيء ، وظهور القرص المختنق فى العصب البصرى وزيادة ضغط السائل المخى ، كما قد يؤدى الى حالة من الغيبوبة . وهناك اعراض أخرى تنشأ من ازاحة المخ نحو الثقب القذالى ، حيث تظهر هذه الأعراض فى صورة نوم عميق يعقبه فقدان الشعور مما قد يؤدى الى موت المريض .

وتتوقف الأعراض الموضعية على موضع الورم . فأورام الفص الجبهى تؤدى الى أعراض فى مقدمتها الاضطرابات النفسية بينما تقل

الاعراض العصبية . فحالات تلف الجزء المحدب من الفص الجبهى تتميز بفقدان المباداة وعدم النشاط والبلادة ، والكف الحركى ، وافتقار الكلام والتفكير . بينما تلف قاعدة الفص الجبهى يؤدى الى عدم الكف الحركى، والانفعالى والنشوة والسرور والتفاؤل الذى لا اساس له ، وأن يفقد المريض القدرة على تقييم حالته . وتؤدى الأورام التى تمتد الى العقد العصبية تحت القشرة الى اضطرابات الجهاز الهرمى الخارجى . ومع أورام الفص الصدغى تظهر نوبات من الاضطرابات الحركية والانفعالية والادراكيةوتظهرالهلاوسالشمية او التذوقية وتنتابالمريضحالةمنالالفة بموضوعات لم يسبق أن تعرف عليها ، مع حالات من الخوف والغضب او النشوة . وقد يظهر عرض التلقائية الحركية حيث يقوم المريض بأفعال عنف لايتذكرها بعد النوبة . وترتبط اورام الفص القذالى بهلاوس بصرية ، فيرى المريض ومضات من الضوء أو الأضواء الملونة . بينما تؤدى أورام الفص الجدارى الى الهلاوس البصرية والسمعية . ويصاحب أورام الجسم الصلب اضطراب فى الوظائف العقلية من حيث صعوبة التركيز والتفكير وعدم الاستجابة للمثيرات وخاصة السمعية .

العلاج : تعالج أورام المخ بالجراحة . فأورام خارج المخ غير الخبيثة يمكن أن تستأصل كلية ، بينما تستأصل الأورام المنتشرة جزئيا ، ما عدا تلك الأورام التى توجد فى قطب كل من الفصوص الجبهية أو القذالية فتستأصل جزئيا أو كلية أحيانا باستئصال القطب . أما أورام الغدة النخامية فتستأصل جزئيا او كلية تبعا للظروف وتستأصل أورام المخيخ كلية فى معظم الحالات . وبعد الاستئصال الجزئى للورم يستخدم العلاج الاشعاعى ، ولا يشيع استخدام العلاج الهرمونى بسبب قلة فاعليته .

الاضطراب الذهانى المرتبط بامراض تدهور الجهاز العصبى المركزى

زفن هنتنجتن

حالة مرضية وراثية تتميز بتدهور متطور يصيب أساسا القشرة المخية والعقد القاعدية .

الصورة الاكلينيكية : تظهر الأعراض غالبا ما بين ٣٠ ـ ٤٠ سنة ، على الرغم من ان نشأة المرض قد تكون مبكرة أو متأخرة عن هذا السن .

وتظهر الأعراض أولا فى صورة عدم استقرار وحركات لاارادية غير هادفة . ويلاحظ أن الحركات اللاارادية تكون خليطا من حركات الزفن والقفاع وعلى ذلك تعرف بحركات الزفن والقفاع . وتشمل هذه الحركات الأصابع والوجه والعضلات المختصة بالكلام بما فى ذلك الحجاب الحاجز مما يؤدى الى صعوبة كبيرة فى الكلام ، كما يتسم النطق بالاندفاعية .وتصبح مشية المريض اختلاجية . وفى الحقيقة تتأثر كل العضلات الارادية فيصيبها بعض التوتر الزائد الذى ينشأ عنه احيانا أوضاع شاذة .

وتحدث فى كل الحالات اعراض نفسية تظهر فى صورة خبل متطور مع تبلد واضطراب فى الفهم وفقدان الذاكرة . كما يشيع عدم الثبات الانفعالى الذى يظهر فى نوبات الاستثارة والسلوك التخريبى . وهناك أيضا الاكتئاب والميل الى الانتحار . وتتراوح حالة المريض الانفعالية بين الاكتئاب والنشوة . وقد تنشأ فى بعض الحالات افكار اضطهاد وتتوقف هذا على استعدادات شخصية المريض وعلى العوامل النفسية والاجتماعية الأخرى . ومرض زفن هنتنجتن متطور ولا يشفى منه المريض ويؤدى الى الموت عادة فى فترة ما بين ١٠ ـ ٢٠ سنة .

العلاج : يستخدم فى علاج المرض ما يتبع فى علاج الخبل ، بالاضافة الى استخدام العقاقير التى تؤدى الى بعض الاسترخاء من النشاط العضلى الزائد ، كعقار الليبريم أو الفاليوم أو أحد عقاقير الفينوثيازينز.

الاضطراب الذهانى المرتبط باصابة المخ

اصابة المخ قد تؤدى الى اضطرابات يشفى منها المريض أو لا يشفى، وهذه الاضطرابات قد تكون حادة أو مزمنة . وتشمل الاضطرابات الحادة :

أ ـ الأرتجاج .
ب ـ غيبوبة الأصابة .
جـ ـ هذيان الأصابة .
د ـ مجموعة أعراض كورساكوف او مجموعة اعراض فقدان الذاكرة والأراجيف .

بينما تشمل الاضطرابات المزمنة :

أ ـ اضطرابات تحدثها الاصابة مباشرة كاضطرابات الشخصية والاضطرابات التشنجية .
ب ـ اضطرابات ثانوية للاصابة كالاضطرابات العصابية .

الارتجاج : حالة عادة ما يفقد المريض فيها شعوره فقدانا مؤقتا ويصاحب الارتجاج اضطراب فسيولوجى فى عمليات القشرة ، ولكن لا يوجد تغيرات هستولوجية أو علامات اكلينيكية . ويكون الشفاء سريعا وتاما . ويفقد المريض ذاكرته للأحداث التى وقعت لحظة الاصابة كما يفقد ذاكرته للأحداث التى تسبق الاصابة مباشرة . وفترة فقدان الشعور قد تكون لحظية أو قد تستمر لساعات . وينتاب كثيرا من

المرضى القيء عندما يستعيدون شعورهم . وعندما يستعيد المريض شعوره فانه قد يستيقظ فجأة او قد يمر بحالة من تلبد الشعور والارتباك . وعلى ذلك لا يتذكر المريض ما يقع فى هذه الفترة من احداث . واذا استمر فقدان الشعور لمدة اكثر من ساعتين فيحتمل أن يكون المخ قد أصيب بتمزق وكدمات . ورغم أن الارتجاج اضطراب حاد الا انه غالبا ما يكون له نتائجه المزمنة .

غيبوبة الاصابة : قد يؤدى الارتجاج الذى يصاحبه كدمات وتمزق الى غيبوبة تستمر ساعات أو عدة ايام تبعا لدرجة ومدى الاصابة . وتتميز الغيبوبة بعدم استجابة الشخص للمثير . ويلى الغيبوبة فترة من الذهول وعدم الاستقرار وتلبد الشعور ينتقل منه المريض الى شعور صافى او ينتقل احيانا الى هذيان الاصابة . وغالبا ما تتخلل الغيبوبة فترات شبه ذهول . والغيبوبة الطويلة الأمد غالبا ما يعقبها فترة من فقدان الذاكرة او مجموعةفقدان الذاكرة والاراجيف التىتعرف بمجموعة اعراض كورساكوف .

هذيان الاصابة : يرجع هذيان الاصابة الى الارتجاج أو الكدمات أو التمزق أو النزيف أو زيادة الضغط داخل الجمجمة . وفى معظم الحالات يكون الهذيان بسيطا ويتكون من الاستثارة وعدم الاستقرار واضطراب بسيط فى الحواس ، والاختلاق الحالم ، وعدم وضوح الأمور امام المريض ، فلا يستطيع الوقوف على دقائق الأمور فى مواقف واحداث بيئته .

وعلى الرغم من ان المريض يدرك انه فى المستشفى ، الا انه لا يتذكر كيف اتى اليها ، ولا يتعرف على الاشخاص من حوله ، وقد لا يدرك سبب وجوده فى المستشفى .

وفى بعض الحالات ينتاب المريض الحيرة ، كما ان هنـــاك حالات ينتاب فيها المريض الخوف . كما يتسم كثير من المرضي بالشغب والعناد والهياج وعدم التعاون ، ويتسم بعض المرضي بالعدوان . واذا حدثت هلاوس تكون عادة بصرية . وقد تحدث مظاهر عنف واندفاعية تجعـــل المريض خطرا على نفسه وعلى الآخرين . وعندما يختفى الهذيان يستمر بعض المرضي فى الكلام ويظهرون لزمانا فى الكلام . وبعـــد مرحلة الهياج قد تتميز الحالة الانفعالية بالنشوة الطفلية والسعادة . وكالهذيان الذى يرجع لأسباب اخرى ، فان مسار الهذيان قد يتميز بالتذبذب بين الصفاء النسبى والارتباك . والهذيان الذى يستمر لأكثر من أســـبوع يدل على تلف كبير فى المخ .

مجموعة اعراض كورساكوف او مجموعة اعراض فقدان الذاكرة والأراجيف : تعتبر الأراجيف الخاصة المميزة لمجموعة الأعراض هــذه ، ويصاحب الأراجيف فقدان الوعى واضطراب الادراك والذاكرة للأحداث القريبة . والاختلاقات فى الذاكرة قد تكون خليطا من الحقيقة والخيال . وقد يبدو المريض متيقظا ولكن الفحص الدقيق قد يظهر أن الادراك قد تدهور كثيرا . ويظهر كثير من مرضى مجموعة اعراض كورساكوف الهدوء والنشوة البسيطة والمرح ، ولكن سرعان ما ينتابهم الهياج عنـــد توجيه الأسئلة اليهم .

العلاج : بعد اجراء الجراحة اللازمـــة تبعا لحالة المريض ، يلزم الراحة فى الفراش مع استخدام المهدئات بقدر محدود كلما امكن ذلك ، وتجنب العقاقير المخدرة . وتسجيل العلامات الحيوية كل اربعة ساعات ، وملاحظة حالة الوعى مع اعطاء المريض السوائل او غذاء طـرى اذا كان

المريض فى شعوره ويستطيع البلع . وفى حالة الغيبوبة ، يعطى الغذاء عن طريق انبوبة فىالانف او بواسطة سوائل عن طريق غير القناة الهضمية . ويعطى المريض جرعات يومية من البنسلين لتجنب العدوى الرئوية . وفى حالة الارتجاج البسيط يحتاج المريض لمدة ٢٤ ساعة من الملاحظة ، قد يعود بعدها للأنشطة العادية. وفى حالة الاصابة الشديدة، تحدد استجابة المريض للعلاج فترة الراحة والنقاهة ، ويجب مزاولة النشاط بالتدريج ، على ان يؤجل العمل لمدة شهرين او ثلاثة بعد خروج المريض من المستشفى .

اضطرابات الشخصية : رغم ان هذه الاضطرابات ترجع لاصابة المخ ، الا أن للعوامل البيئية ولنمط شخصية المريض دورا فيها . واصابة المخ قد تؤدى فى بعض الحالات الى تغيير تكوين شخصية المريض، فالشخص المحبوب الهادىء قد يصبح سريع الغضب ومندفعا ويسهل استثارته . كما قد يصبح عدوانيا ويهمل مسئولياته العائلية ويفقد طموحه ويصبح نكدا وانانيا . ويظهر البعض استجابات اضطهادية . كما يفقد البعض الآخر اهتماماته وينعزل عن الاتصالات الاجتماعية . ويصاحب غالبا هذه التغيرات فى تكوين الشخصية بعض التدهور فى الوظائف العقلية . ويقاوم الأطفال اصابة الراس بدرجة افضل من الكبار ، غير ان الاطفال الذين يصابون باصابات فى الرأس قد يظهرون مشاكل سلوكية حيث يصبح الطفل غير مطيع ومندفعاوعدوانيا ومخربا ولا اجتماعيا وغير مستقر وزائد النشاط . كما يتسم الطفل بعدم التركيز ، ويظهر اهتماما قليلا بالعمل المدرسي .

الصرع : قد يكون الصرع احدى نتائج اصابة المخ . ويشيع الصرع بدرجة اكبر بعد الجروح النافذة عنه بعد الجروح غير النافذة . ولا

تظهر النوبات بعد الارتجاج البسيط . ولا يفقد المريض شعوره في حالة صرع جاكسون ، بينما يضطرب الشعور في حالة نوبات الصرع الصغير أو الكبير . وقد توجد نوبات من الاكتئاب . كما يكون تدهور الوظائف العقلية بسيطا أوشديدا .

الاضطراب العصابى : لا تعتبر الاضطرابات العصابية التى تعقب الاصابة نتيجة مباشرة للتغيرات التشريحية والفسيولوجية التى تؤدى اليها الاصابة ، ولكنها ترجع أساسا الى الظروف التى تحدث فيها الاصابة من عدم أمن اقتصادى أو عدم رضى مهنى أو توترات أسرية أو عدم الحصول على عمل ، الأمر الذى قد يؤدى الى القلق . وهناك عامل آخر يكمن فى حقيقة أن الرأس وخاصة المخ عضو ينظر اليه المريض نظرة خاصة ، فاذا حدث للمريض بعد الأصابة دوار أو صداع أو أعراض جسيمة اخرى ، فقد ينشأ لدى المريض احساس بعدم الأمن وبالقلق. وقد لايظهر العصاب وقت حدوث الاصابة ، بل يظهر فى أى وقت بعدها. والمريض الذى يظهر الأستياء وعدم الرضي نحو عمله ويجد فى الأعراض الجسمية التى تعقب الاصابة مبررا لعدم القيام بمسئولياته ، يكون عرضة للأضطراب العصابى . ومع فقدان المبرر فى العجز الجسمى ، يكون على المريض أن يبحث عن وسائل أخرى لتجنب العودة الى الموقف غير المرغوب فيه . ويجد المريض هذه الوسائل فى عودة الصداع والتعب والاستثارة والاكتئاب وتوهم المرض والقلق .

الاضطراب الذهانى المرتبط بحالات جسمية اخرى

الاضطراب الذهانى المرتبط باضطراب الغدد الصماء

من الملاحظ أن افراز الغدد الصماء يؤثر على وظائف المخ وبالتالى على العمليات النفسية . غير أنه ليس من الضرورى أن يصاحب اضطراب الغدد الصماء اضطرابات نفسية ، وأن هذه الاضطرابات ليست ثابتة فى كل الحالات . فالآثار النفسية المصاحبة لاضطرابات الغدد تتوقف على تكوين شخصية الفرد وعلى العوامل الأخرى التى تؤثر على الفرد . وسنتناول فيما يلى بعض أمراض الغدد الصماء والاضطرابات النفسية المصاحبة لها .

مرض جريفز

هذا المرض أكثر امراض الغدة الدرقية شيوعا ، وينشأ عن زيادة افراز هرمون الثيروكسين .

الصورة الاكلينيكية : تتضح العلامات الرئيسية للمرض فى تضخم الغدة الدرقية ، وجحوظ العينين ، وزيادة سرعة دقات القلب والضعف وارتعاش الاصابع واللسان واحيانا الجسم كله ، واضطراب حركة تقارب المقلتين ، وسرعة ردود الفعل الانعكاسية . وتشمل الأعراض النفسية الاستثارة وعدم الثبات الانفعالى ، وعدم تحمل الضوضاء والحرارة ، والاحساس بالقلق والخوف ، وانخفاض القدرة على العمل. كما أن شدة التسمم بهرمون الثوركسين قد تؤدى الى اضطراب ذهانى تظهر أعراضه فى الهياج الهوسى والهذاءات والهلاوس كما تظهر فى صورة اكتئاب أو هذيان .

العلاج : علاج هذا المرض يكون فى اساسه طبيا او جراحيا ، مع استخدام بعض العقاقير المضادة للاضطرابات النفسية . كما يفيد هنا ايضا العلاج النفسى .

الميكسوديما

يؤدى نقص هرمون الثوركسين اذا حدث منذ الميلاد الى التخلف العقلى . بينما يؤدى هذا النقص الى الميكسوديما اذا حدث فى الكبر .

الصورة الاكلينيكية : تظهر العلامات الجسمية فى ضمور الغدة الدرقية أو عدم وجودها ، وانخفاض سرعة دقات القلب واحمرار فى الوجه فى صورة بقع منتشرة ، وعدم وجود الشعر وخاصة فى الاجزاء الخارجية من الحواجب ، وسهولة قصف الاظافر . وتظهر اعراض الاضطراب النفسي فى صورة بطء فى كل الوظائف العقلية ، ويصبح المريض متبلدا ومتثاقلا وتضطرب ذاكرته . وقد يحدث القلق والاستثارة ولكن الصورة الشائعة هى البلادة التامة . وقد تظهر أعراض من الاكتئاب والبارانويد والهلاوس مع نوبات من الهياج .

العلاج : يعطى المريض خلاصة الغدة الدرقية بجرعة ٦٠ مليجرام يوميا أو يعطى ١ — ثوركسين الصوديوم بجرعة او مليجرام يوميا . وعاده ما تزول أعراض الاضطراب النفسي بزوال حالة الميكسوديما .

التيتانى

تؤدى أمراض الغدد الفوق درقية الى قلة نشاط الهرمون . الامر الذى يؤثر على التمثيل الغذائى لعنصر الكالسيوم ، حيث يظهر مرض التيتانى .

الصورة الاكلينيكية : من علامات مرض التيتانى الجسمية الاستثارة السريعة للجهاز العصبى ، وشعور المريض باحساسات غير سارة فى الاطراف وتساقط الشعر وقصف الاظافر ، وآلام فى البطن . وتظهر اعراض الاضطراب النفسى فى التعب السريع وفقدان القدرة على العمل والاستثارة والبكاء والغضب .

وقد يظهر التيتانى فى صورة نوبات تحدث تلقائيا او نتيجة لمثير كارتفاع درجة حرارة الجسم أو الاجهاد العضلى .

العلاج : يعطى المريض محلول ١٠ فى المائة من جلوكونات الكالسيوم من ١ : ٢ امبول بالوريد ببطء عند اللزوم . كما يعطى فيتامين د٢ قرص صباحا ومساء مع غذاء غنى بالكالسيوم .

الاكروميجالى

يؤدى زيادة افراز هرمون النمو الى حالة الاكروميجالى حيث لايزداد الفرد طولا ، ولكن يشمل النمو عظام اليدين والقدمين والوجه مما يكسب المريض شكلا خاصا ، كما يشمل النمو الانسجة الغضة كالاحشاء واللسان .

الصورة الاكلينيكية : يظهر الوجه فى حالة تضخم وكذلك اليدان والقدمان . ويتأثر جلد المريض فيصبح سميكا ، كما يتقوس العمود الفقرى . ويشكو المريض من آلام العظام والعضلات والاعضاء الحشوية والصداع المستمر . وتظهر اعراض الاضطرابات النفسية فى قلة المبادأة والتلقائية ، وتغير الحالة الانفعالية حيث ينتاب المريض فترات قصيرة من حدة الانفعال دون سبب واضح . وأحيانا اخرى ينتابه المرح

والرضى والنشوة مع عدم المبالاة . كما ينتاب المريض حالة من التبلد واضطراب الذاكرة والانتباه . ويتسم اتجاه الفرد بالانانية وقلة الاهتمام بالآخرين والحساسية الزائدة .

العلاج : يقوم العلاج اساسا على الجراحة لازالة الورم الذى تعرضت له الغدة النخامية كما قد يستخدم الاشعاع لقتل خلاياه . وبهذا نقلل من زيادة افراز هرمون النمو الذى يكون سببا فى ظهور الاضطراب .

مجموعة أعراض كشنج

ترجع مجموعة اعراض كشنج اساسا الى زيادة افراز هرمون الادرينوكورتيكوتروفين .

الصورة الاكلينيكية : ينتاب المريض ضعف فى العضلات وخاصة عضلات الاطراف وضمور فى العظام وسمنة فى الجذع والبطن والوجه الذى يصبح مستديرا . كما ينتاب المريض تغيرات جنسية تظهر فى توقف الدورة الشهرية عند الاناث والعنه عند الذكور . ويسبب المرض اضطرابات واضحة فى الجهاز العصبى المركزى فيؤدى الى الوهن مع مخاوف وسوسية ، والى التبلد والاكتئاب مع أفكار انتحارية . وقد ينتاب المريض القلق ونوبات من الصراخ والاستثارة والعناد وافكار اضطهادية . وتطور المرض يؤدى الى قلة الاهتمامات وانخفاض الوظائف العقلية .

العلاج : يقوم العلاج على ازالة زيادة افراز غدد الأدرينالين بجراحة جزئية أو ازالة الورم ، فتزول كل من الاضطرابات الفسيولوجية

والاضطرابات النفسية ، غير ان استعادة المريض لصحته لا تكون سريعة ويحتاج لفترة من الزمن .

مجموعة الاعراض الجنسية الادرينالية

ترجع مجموعة الاعراض هذه الى زيادة افراز الهرمونات الجنسية من غدد الادرينالين نتيجة لتورم الغدد منذ الميلاد أو نتيجة لورم يحدث في سن متقدمة .

الصورة الاكلينيكية : تظهر علامات البلوغ المبكر عند كل من الانثى والذكر . وفى حالة الانثى البالغة يظهر الشعر بكثافة على الجسم ، ويتضخم الصوت وتنمو العضلات وينمو القضيب الاثرى وتتوقف الدورة الشهرية ويضمر الثدى ، نتيجة لافراز هرمونات الاندروجينز . وفى حالة الذكر ينمو الثديان ، وتضمر الخصيتان وتقل القدرة الجنسية نتيجة لافراز هرمونات الاستروجينز . وتنشأ غالبا أعراض ذهانية فيظهر القلق الواضح ، وينشغل المريض بمظهره وتنتابه الشكوك فيما يتعلق بدوره الجنسي كما ينتابه الاكتئاب ، وأفكار وساوس عن الجنسية المثليه ، أو الاحساس بالذنب فيما يتعلق بعملية الاستمناء ، وينسحب اجتماعيا .

العلاج : يقوم العلاج على اعطاء جرعات صغيرة من الكورتيزون لوقف نشاط غدد الأدرينالين . وفى السن المتقدمة يفضل جراحة ازالة الورم أو استئصال جزء من الغدة .

مرض أديسون

يرجع المرض الى عدم نشاط غدد الأدرينالين .

الصورة الاكلينيكية : ينتاب المريض اضطرابات فى الجهاز الهضمى ، وفقدان الشهية . كما ينتابه حالة من الوهن وضغط الدم المنخفض ، وتلون الجلد والاغشية المخاطية بلون برنزى قاتم . وتظهر اعراض الاضطرابات النفسية من ارق واكتئاب ونوبات صرع . ومع تطور المرض قد تنمو اعراض هذيانية مع قلق وهذاءات اضطهادية .

العلاج : يعطى المريض حقنة فى العضل ٢٥ مليجرام من الكورتيزون يوميا أو حقنة فى الوريد من هيدروكورتيزون يوميا .

مرض السكر

يرجع مرض السكر اساسا الى تلف خلايا بيتا فى جزر لانجرهانز التى تفرز هرمون الانسولين الذى ينظم نسبة الجلوكوز فى الدم .

الصورة الاكلينيكية : تظهر اعراض مرض السكر ، فى زيادة نسبة السكر فى الدم ورغبة المريض الشديدة فى شرب الماء وزيادة عدد مرات التبول ، وفقدان الوزن وغيرها من اعراض . ولا يؤدى مرض السكر فى درجته البسيطة الى اى اضطرابات نفسية وخاصة فى السن المتقدمة ، ولكن فى الحالات الشديدة ينتاب المريض الوهن والصداع والدوخة وعدم الاستقرار الانفعالى والاكتئاب . وفى بعض الحالات تظهر اعراض الاستثارة والهذيان وخاصة فى الافراد حديثى السن . وقد ينتاب المريض حالة من الهياج مع نوبات صرع .

العلاج : يقوم العلاج على اعطاء المريض الانسولين مع اتباع نظام الاكل الخاص بمرض السكر .

الاضطراب الذهانى المرتبط باضطرابات التمثيل الغذائى والتغذية

تعتبر وحدة المكونات الجسمية والنفسية أساسا لنظرية المرض فى الطب النفسي ، فالاضطراب فى اى جانب منهما يصاحبه اضطراب فى الجانب الآخر .

ومن هنا يمكن ان نذهب الى القول بأن الاضطراب فى التغذية والتمثيل الغذائى يؤدى الى اضطرابات نفسية . ويتضح هذا من أن علاج الاضطرابات النفسية الناتج عن زيادة افراز هرمون الثيروكسين يقوم اساسا على المحاولات التى تبذل لاعادة معدل التمثيل الغذائى الى المعدل الطبيعى . وفى حالة الميكسوديما يوجد هناك انخفاض فى استهلاك المخ للاكسجين مما يدل على اضطراب فى التمثيل الغذائى ويؤدى الى بطء العمليات النفسية التى يتسم بها هذا المرض . وينشأ مرض التبتانى وما يصاحبه من اضطرابات نفسية من نقص هرمون الباراثيروكسين الذى يؤثر على مراحل التمثيل الغذائى للكالسيوم والفوسفات . ولهذا فأعراض الاضطرابات النفسية تزول غالبا باعطاء المريض أملاح الكالسيوم مع فيتامين د .

وفى حالة مرض الكشنج يوجد اضطراب فى التمثيل الغذائى حيث يمكن تشخيص هذا المرض من زيادة افراز ١٧ — هيدروكسى كورتيكويدز ومن وجود سكر فى البول وزيادة عدد كرات الدم الحمراء . وفى حالة مجموعة الاعراض الجنسية الادرينالية يتضح أيضا اضطراب التمثيل الغذائى من زيادة افراز هرمونات الاندروجينز الادرينالية و ١٧ — كيتواسترويدز .

كما أن اضطرابات التمثيل الغذائى التى تصاحب العمليات الجراحية والتي تظهر بوجود الاستون والسكر فى البول وانخفاض نسبة

السكر فى الدم قد تؤدى الى كثير من الاضطرابات النفسية .

وتتضح علاقة التغذية بالاضطرابات النفسية من الاضطرابات التى تصاحب ضمور الجهاز الهضمى . فلقد لوحظ أن ضمور الجهاز الهضمى يؤدى الى الضعف العام والدوار وسرعة التعب وقلة القدرة على العمل وضعف الذاكرة والانتباه . ومع تطور الحالة ينتاب المريض نوبات من الهذيان والهلاوس البصرية والهياج الحركى والكلام غير المتسق وعدم الوعى . وتتضح العلاقة أيضا بين التغذية والاضطرابات النفسية بما يظهر فى حالة مرض البيلاجرا . فهذا المرض يظهر فى المجتمعات التى يسود فيها سوء التغذية ، كما ينتاب الافراد الذين يعانون من اضطرابات معوية ، وفى حالات تعاطى الكحول المزمن ،ونقص حامض النيكوتين ، وحامض التريبتوفان والثيامين والريبوفلافين .

وغالبا ما يوجد أيضا نقص فى حامض الاسكوربك . وقد ترجع كثير من الاعراض العصبية التى تظهر فى المرض الى نقص فى الثيامين .

الصورة الاكلينيكية : تعتبر الاعراض المبكرة للمرض أعراضا عصابية ، وتشمل الصداع ، والاستثارة وصعوبة التركيز والنسيان وعدم الاستقرار والخوف والاحساس بعدم القدرة على المجهود العقلى والجسمى . ويعقب هذه الاعراض المبكرة مجموعة أعراض عضوية تشمل اضطراب الذاكرة والارتباك وفقدان الوعى والهذيان ومجموعة أعراض كورساكوف والخبل . ويظهر بعض المرضى هياجا هوسيا ، بينما يكون مرضى آخرون فى حالة اكتئاب وقلق وخوف . وبتطورالمرض تظهر الاضطرابات فى صورة ذهول وتشنجات وتصلب عضلى وحركات لا ارادية غير منتظمة . وزيادة التوتر العضلى واضطراب الاحساس والشلل العضلى . ويصاحب هذه الاضطرابات النفسية التهاب فى

المعدة واللسان فيحمر لونه وتضمر زوائده ويصبح مؤلما . وتشيع الاضطرابات الهضمية مع نقص حامض الايدروكاوريك والاسهال .

ويأخذ لون الجلد الاحمر فى التغير الى اللون البنى القاتم مع وجود قشور . ويظهر الالتهاب على سطح العضلات الباسطة للاطراف وعلى الجهاز التناسلى والسطوح الداخلية للفخذين .

العلاج : تعالج الحالات البسيطة من المرض بأعطاء المريض النياسين أو النياسين أميد بجرعة ١٠٠ مليجرام ٣ مرات يوميا او ٦ مرات . وفى الحالات الشديدة يجب اعطاء المريض ١٢٠٠ — ١٥٠٠ مليجرام يوميا لعدة ايام . كما يعطى خلاصة الكبد فى العضل بجرعة ٢٠ سم٣ ٣ — ٥ مرات يوميا . ويعطى المريض كذلك فيتامين الثيامين عن طريق الخميرة البيرة بجرعة ٤٠ — ٢٠٠ جرام يوميا .

وتتضح العلاقة أيضا بين التغذية والاضطرابات النفسية من مرض نقص فيتامين ب١٢ حيث تظهر صور مختلفة من الاضطرابات النفسية قد تكون حالة هذيان حادة أو حالة بارانويد أو رد فعل انفعالى أو تدهورا عضويا .

حالة الهذيان الحادة : هذه الحالة أكثر صور الاضطرابات النفسية للمرض شيوعا وتتميز بتذبذب الشعور ، وبالخداع والهلاوس . وقد يظهر المريض التثاقل ، واضطراب القدرة على مواصلة الانتباه ، وانخفاض القدرة على استخدام المفاهيم المجردة .

حالة البارانويد : يظهر المرضى الذين يعانون من حالة البارانويد الاستثارة والشكوى وعدم الرضى والاساءة الى من يقومون برعايتهم . كما ينتاب البعض أفكارا اضطهادية فيصبح قلقا وعدوانيا .

حالة رد الفعل الانفعالية : تظهر هذه الحالة في صورة اكتئاب واضطراب وخوف . وفى حالات نادرة قد ينهى المريض حياته .

حالة التدهور العضوى : فى هذه الحالة يوجد تدهور تدريجى فى الوظائف العقلية ، فتضطرب الذاكرة والقدرة على الحكم . كما ينتاب المريض احيانا فترات من الارتباك .

العلاج : يقوم العلاج على اعطاء المريض حقن من فيتامين ب١٢ مدى الحياة حيث تختفى اعراض الاضطرابات النفسية .

الاضطراب الذهانى المرتبط بالامراض المعدية

يرجع الاضطراب الذهانى هنا الى الامراض المعدية الشديدة كالالتهاب الرئوى والتيفويد والملاريا والحمى الروماتزمية الحادة . فالاضطرابات النفسية لاتصاحب الامراض المعدية التى تصيب الجهاز العصبى المركزى مباشرة فقط ، وانما تصاحب ايضا الامراض المعدية الاخرى . ولكن بينما يكون الذهان فى حالة الامراض المعدية التى تصيب الجهاز العصبى المركزى ، نتيجة لاصابة مباشرة بالفيروس اوالميكروب، فان الميكانيزم الباثولوجى للذهان الناتج عن الامراض المعدية الاخرى يرجع الى اصابة خلايا الجهازالعصبى بالسموم التى تفرزهاالميكروبات.

الصورة الاكلينيكية : يصاحب الامراض المعدية الحادة عادةحالة هذيان . فمع ارتفاع درجة الحرارة تظهر مجموعة الاعراض الهذيانية حيث لايستطيع المريض التعرف على من حوله ؛ ويفقد وعيه بالزمن والمكان ، ويحس بقلق وخوف دون سبب . وقد يصاحب هذهالاعراض هلاوس بصرية واضحة .

وفى حالة التيفوس وعادة فى اليوم الثـامن او التاسـع من بداية المرض قد يحدث هذاء التوأمية ، فيرى المريض صـورة لذاته تنـام بجواره . ويوجد هناك كثير من الاضطرابات النفسحسيـة ، فتظهـر الاشياء من حول المريض مشوهة . كما يحس المريض بأن راسه قـد زاد حجمها أو على النقيض من ذلك قد يحس بأن حجمها قد نقص ، وأن اطرافه قد زاد او قل طولها ، وان لسانه قداصبحاكثرسمكا ،الخ. وتشـمل الاضطرابات النفسحسية الهـلاوس حيث يحس المريض بأن الفئران تجرى على جسمه أو أن الحشرات تزحف عليه أو ان معـدته تحتوى على اسلاك أو ثعابين ، أو أن عضلاته قد قطعت وبها جروح ، او ان هناك ساعة تدق فى رأسه ، الخ . ويؤدى هـذا الادراك الخاطىء الى مخاوف وهياج حركى .

وقد تؤدى الامراض المعدية الى حالة الارتباك ، فيتدهور الشعور، فلا يدرك المريض ذاته ويتسم تفكيره وكلامه بعدم الاتساق ، كماتوجد هلاوس ، وهياج حركى بسيط ويظهر على المريض الاجهاد الواضح .

وتؤدى الامراض المعدية وخاصة تلك الامراض ذات المسارالطويل، الى مجموعة اعراض الوهن ، حيث سـهولة التعب والهـزال وعـدم القدرة على العمل العقلى والاستثارة والبكاء وزيادة الحساسية .

العلاج : يقوم علاج الاضطرابات النفسية التى تصاحب الامراض المعدية على علاج المرض الرئيسي . ويلاحظ ان نسبة هذهالاضطرابات قد انخفضت منذ اكتشاف المضادات الحيوية ذات الاثر العلاجىالفعال فى كثير من الامراض المعدية . وبالاضافة الى اعطـاء المريض المضـاد الحيوى المناسب فينصح باعطائه محلولا فسيولوجيا أو الجلوكوزوحقن الفيتامين مع تناول السوائل بوفرة . وحيث أن الاضطرابات الذهانية

المصاحبة للامراض المعدية تؤدى الى اضطراب شديد فى النوم ، فيجب اعطاء المريض المنومات عندما ينتابه الارق .

الاضطراب الذهانى المرتبط بتسمم العقاقير أو السموم

تشمل هــذه الفئــة الاضطرابات التى تنتج عن التســمم ببعض العقاقير او الهرمونات أو المعادن الثقيلة او الغازات أو السموم .

ذهان تســمم الامفيتامين

يؤدى تعاطى كمية كبيرة من الامفيتامين الى تلبد الشعورمع الهذيان والاستثارة ، كما يحدث هذاء فى معظم الحالات . والصورة الاكلينيكية لتعاطى العقار المستمر تشبه صورة فصـــام البارانويد حيث الافكار المرجعية والهذاءات الاضطهادية والهلاوس مع عدم ظهور تلبد واضح فى الشعور .

العلاج : يتطلب فقــط الراحة والهــدوء والاستقرار ، واعطـاء المريض عقاقير مهدئة اذا لزم الامر . وتختفى الاعراض الذهانية عادة خلال بضعة أيام من توقف تعاطى العقار ، ولكنهــا قد تســـتمر لعــدة أســابيع .

ذهان تسمم الباربيتيورات

تشبه الاعراض الرئيسية أعراض التسمم الكحولى حيث النشوة والمزاج المرح والانتقال من موضوع الى آخر ، وعدم الاستقرار . وتدريجيا تزداد الاستثارة الحركية سوءا ، ويفقد المريض الوعى ، ويصبح الكلام غير متسق . ويلاحظ فى كثير من الاحيان ارتباك هذيانى واضح وهلاوس

بصريه . وفى حالات التسمم الشديدة قد ينتاب المريض غيبوبة عميقة قاتلة . وفى الحالات متوسطة الشدة ، يستعيد المريض شعوره بالتدريج خلال ثلاثة أيام أو أربعة ولكن يبقى هناك اضطراب واضح ومستمر فى الذاكرة ، مع ضعف عضلى وبلادة ، وفى معظم الأحيان كلام غير مسموع .

وتوجد حالات التسمم المزمن الذى يصاحب تعاطى الباربيتيورات لمدة طويلة . وتظهر الاضطرابات النفسية فى صورة ضعف الذاكرة للأحداث القريبة ، والأمينيزيا الرجعية ، واضطراب العمليات الحسابية كما تضطرب القدرة على التعميم . وتظهر العلامات العصبية المميزة فى ضعف رد فعل انسان العين ، وعسر النطق ، وقلة التوافق فى الحركات الدقيقة والارتعاش العام وسرعة ردود فعل الأوتار . وهذه الأعراض وخاصة العصبية تختفى تدريجيا عند توقف تعاطى العقار، ولكن فى بعض الحالات النادرة لا يستعيد المريض وظائفه العقلية استعادة كاملة حيث يوجد هناك درجة من اضطراب هذه الوظائف ، وتوقف تعاطى العقار فجأة قد يؤدى الى هذيان ونوبات صرع ، ولذلك يجب الا نتوقف علاج الصرع باستخدام عقار الفينوباربيتال أو غيره من الباربيتيورات فجأة .

العلاج : تتطلب حالات التسمم الحادة غسيل المعدة مع حقن المريض بمحلول فسيولوجى أو بمحاول جلوكوز تحت الجلد بجرعات كبيرة وتستخدم عقاقير القلب لتنشيطه . كما نفيد حقن المريض بحقن استركنين تحت الجلد لعلاج الأرتخاء العضلى . ويكون فيتامين ب١،ب٢ ذا أهمية خاصة لحالة الشلل .

ذهان تسمم الاتروبين

تظهر علامات تسمم الاتروبين فى الاتساع الواضح لأنسان العين ،

وسرعة النبض والتنفس . كما يحدث فقــدان الرؤية من قرب ، وعسر النطق واختلاج الحركات الارادية والصداع والغثيان . وتظهر كل هذه العلامات فى خلال بضع دقائق من تعاطى العقار . ثم يعقب هذه العلامات هياج حركى وارتباك وزيادة الحركة الانتفاضية والارتعاش العام . كما ترجــد هلاوس بصرية ولمسية . وتشيع الميلانيكوليا ونوبات العــدوان والقلق . وتحدث هذه العلامات والاعراض ايضـــا فى حالة تســـمم الاســكوبولامين والهويسين . وتستمر هذه الاعراض فى حالة الاتروبين من سبعة الى عشرة ايام حيث تنتهى الحالة بالشفاء . والحالات التى تنتهى فيها الاستثارة الشديدة بالذهول والنعاس قد تكون قاتلة .

العلاج : يجرى للمريض غسيل للمعدة ، ويفضل استخدام معلقة من الفحم . ويعالج الهــذيان واعراض الاستثارة الشـــديدة بمحلول مورفين ١ فى المائة ، يعطى بجرعة ا مليلتر مرتين أو ثلاث مرات يوميا . ويوقف اعطاء محلول المورفين بمجرد اختفاء الأعراض . ومن الأهميــة بمكان العناية بالأغشية المخاطية والجلد فقد يحدث لها ضمور نتيجــة لشلل الغدد العرقية واللعابية والدمعية .

ذهان تسمم الميباكرين

عقار الميباكرين مستحضر يستخدم فى علاج الملاريا . والجــرعة الزائدة منه تؤدى أحيانا الى حالة تســـمم يصـــاحبه اضطراب ذهانى وخاصة عند الأطفال والمراهقين .

وصورة الاضطراب الذهانى تظهر فى الهياج الهوسي الحــاد الذى يبدأ عادة بالأرق والاحساس بالالتهاب فى كل أجزاء الجسم . وحالــة الاكتئاب هنا تكون نادرة جدا .

العلاج : يحقن المريض بمحلول فسيولوجى تحت الجلد بجرعات ٣٠٠ الى ٦٠٠ مليلتر يوميا . او يعطى المريض عقار هيكسامين بجرعة ٥ر جرام ٣ مرات يوميا .

ذهان تسمم أول أكسيد الكربون

يخفض اول اكسيد الكربون قدرة الدم على حمل الاكسجين بسبب تكوين مركب كاربوكسي فيموجلوبين . وبهذا فعلامات وأعراض التسمم بأول اكسيد الكربون تشبه تلك التى تحدث نتيجة نقص الاكسجين فى الأنسجة ، وخاصة نقص الاكسجين فى الجهاز العصبى المركزى . ويؤدى التسمم الحاد سريعا الى الصداع والاعياء والغثيان والعرق واتساع انسان العين والذهول الذى يؤدى الى الغيبوبة . ويعقب الشفاء من الغيبوبة غالبا هياج حركى شديد مع احساس بالخوف وهلاوس بصرية وشمية . وقد يحدث أحيانا ذهول يشبه ذهول الكتاتونيا ، دون أن يكون هناك اتثنائية شمعية او بكم . ويستمر الهذيان ليوم أو يومين ، ويعقبه عادة مجموعةأعراض كورساكوف ، ومرض باركينسون . ويستعيد المريض ذاكرته بعد عدة أشهر ، ولكن غالبا ما يستمر بعض القصور فيها كما يلاحظ احيانا أعراض من التخلف العقلى . ولقد ذكرت حالات متفرقة عن اعراض من البارانويد تعقب التسمم الحاد .

ولا يعرف الكثير عن التسمم المزمن بأول أكسيد الكربون . ويظهر الذهان هنا ، فى الضعف العام والفتور وبطء الاحساس والارق والصداع والاكتئاب وتوهم المرض . وهذه الاعراض قد تشخص على انها حالة نيورستينيا . وعلى ذلك يجب الاستفسار بدقة عما اذا كان المريض قد تعرض لأول اكسيد الكربون . كما أن الوهن المزمن الذى يرجع الى تسمم أول اكسيد الكربون يشمل عادة حالة مميزة من الانيميا .

العلاج : يشمل علاج المريض الفاقد الشعور اعطاءه اكسجين بنسبة ١٠٠ فى المائة واذا حدث توقف للقلب يعطى المريض ١٠٠ مليلتر حاول ٨ر٤ فى المائة بيكربونات الصوديوم فى الوريد مع تدليك القلب . ويتبع علاج المرضى الذين يعانون من أعراض خبل متبقية الأسس التى تتبع فى علاج أمراض المخ الناتجة عن الشيخوخة .

ذهان تسمم الرصاص

يبدأ الاضطراب الذهانى بشكوى المريض من الضعف والمخاوف والتوتر وعدم تحمل الضوء الساطع والضوضاء . كما ينتاب المريض الارق والاحلام المخيفة والهلاوس . والاضطرابات العصبية المميزة تظهر فى عسر النطق واختلاج الحركات الارادية وانخفاض الضغط ، وبطء القلب وانخفاض درجة الحرارة . وتبعا لدرجة التسمم فقد تنتهى مرحلة الوهن فى خلال بضع ساعات أو قد تستمر لعدة أيام . ثم تظهر حالة من الهذيان ينتاب المريض فيها الهلاوس البصرية والاحساس الشديد بالخوف والهياج الحركى . ومع التسمم الشديد تختفى الهلاوس وحالة الخوف تدريجيا حيث ينتاب المريض حالة غيبوبة . وبعد الشفاء من حالة الهذيان تبقى مجموعة أعراض الوهن لعدة اشهر . وفى بعض الحالات توجد مجموعة اعراض بارانويد تصاحب حالة الوهن الشديدة .

ولقد كانت الاضطرابات الذهانية نتيجة للتسمم بالرصاص والزئبق والمنجنيز والزرنيخ وغيرها من المواد الكيميائية ، كثيرة الحدوث وخاصة بين عمـــال الصناعة . ولكن اصبحت تلك الحالات نادرة جدا بسبب قوانين العمل وأساليب الأمن الصناعى وظروف العمل عامة .

العلاج : فى حالات التسمم الشديد يعطى المريض عن طـريق العضل ١٠ سم٣ من محلول ٢٠ فى المائة من جلوكونات الكالسـيوم . وفى حالات التسـمم المزمن يعطى المريض عن طـريق الفم عقـار البنسـيللامين الذى يعمل على ادرار الرصـاص فى البول بجرعـة ٦٠٠ ــ ١٥٠٠ مليجرام فى اليوم .

الاضطراب الذهانى المرتبط بأمراض جسمية أخرى

بالاضافة الى ما تناولناه من امراض جسمية وما يصاحبهـا من اضطرابات نفسية ، فان هناك امراض الجهاز الهضمى ،والكلى والقلب التى تؤدى بدورها الى بعـض الاضـطرابات النفسية . فمـع أمراض القرحة تظهر اعراض الوهن من سهولة استثارة والتعب ، والأرق وعدم الثبات الانفعالى ، والاكتئاب والبكاء . وقد ينشأ توهم المرض والخوف من السرطان .

وتظهر الاضطرابات النفسية بوضوح مع أمراض الكبد . ففى معظم حالات الالتهاب الكبدىالتى يصاحبها الصفراء ، يلاحظ الاستثارة ، والارق والهلاوس والصداع . وفى بعض الحالات ينشأ التبلد والتثاقل ومجموعة اعراض الهلاوس الهذيانية . وفى حالة ضمور الكبد الحـاد تزداد حدة الاضطرابات النفسية حيث تتميز بحالة ارتباك هذيانى مع عدم استقرار حركى . وفى الحالات التسممية الحادة قد يلاحظ اعراض الوهن أو الارتباك الهذيانى ، ولكن مع طول مدة المرض فانه تؤدى الى بطء القلب ، مع التبلد واضطراب الذاكرة . وفى بعض الحالات، يصاحب بطء العمليات النفسية واعراض التبـلد ، نوبات من الغضب والميول العدوانيـة .

وفى أمراض الكلية المختلفة ، يشكو المريض من الصداع المستمر، والدوخة والاعياء والحساسية الزائدة . وفى حالة اليوريميا ينشأ حالات ارتباك هذيانيـــة مع هلاوس بصرية وعــدم استقرار حركى . وفى ذروة غيبوبة اليوريميا ومع تلبد الشعور الشديد ، يحدث غالبا نوبات صرع وقد يحدث صرع مستمر . وفى الفترات التى تخلو من اليوريميا ، يمكن ملاحظة علامات من تسمم نتروجينى مزمن كالأعياء والتثاقل والتبلد مع حالة من النشوة .

والاضطرابات النفســـية التى تصاحب أمراض القلب ، والتى تعرف بالاضطرابات الذهانية القلبية ، تكون نادرة نسبيا . وتنشأ فقط مع أمراض القلب الشديدة ، حيث يشيع الهذيان وعدم الاســـتقرار الحركى والخوف والقلق . وتنشأ هــذه الاضـــطرابات عادة مع ذروة اضطراب القلب ،وتختفى مع تحسن وظيفته . ومن الواضح أن نقص الاكسجين نتيجة اضطراب القلب ، يقوم بدور هام فى هذه الاضطرابات الذهانية القلبية .

الفصـــام

لقد كان كرابلين اول من وصف هذا الاضطراب سـنة ١٨٩٨ حيث جمع معا مجموعة اعراض مختلفة ذهب الى القول بأنها مظاهر مرض واحد ، سماه الخبل المبكر . واعتقـد ان مجموعة الاعراض الاكلينيكية هذه تنشأ من نفس العملية المرضية لأنها تشترك فى خصائص واحدة . حيث يبدأ المرض فى المراهقة او مرحلة البلوغ المبكر ، كما يتطور الى نفس الحالة من الخبل . ويفترض كرابلين أن العمليات المرضية قد تكون تدهور المخ او اضطرابا فى التمثيل الغذائى ، مما يؤدى الى ضعف الاستجابات الأنفعالية والارادية وفقـدان العلاقات المتناسقة بين الاستجابات الانفعالية والارادية والعقلية .

ولقد عرض كرابلين وصفا شاملا للخصـائص الاكلينيكية للخبل المبكر ، ولكنه كان ينقد أى محاولة لتفسير سلوك المريض على أساس نفسى .

ولقد ذهب بلويلر الى القول بأن من الخطأ ان نقارن ما سماه كرابلين بالخبل المبكر بحالة التخلف العقلى او بحالة التدهور العضوى الناتجة عن ضمور شـديد فى المخ . وأوضح أن اسـتجابات المريض النفسية تكون معقدة ومتباينة ، وتختلف فى نوعها تماما عن الاستجابة الأولية البسيطة للمتخلفين عقليا والمرضى الذين يعانون من مرض عضوى فى المخ . واعتقد بلويلر ان المرض ليس بالخبل المبكر ولكنه حالة من عدم التناسق حيث توجدالاتجاهات والافكار والامكانيات المتناقضة ، وعلى ذلك تفقد الشخصية تناسقها . وتبعا لهذا المفهوم فان نتاج المرض ليس بالضرورة نتاجا من التدهور . وعلى ذلك عرف المرض بالاسكيزوفرينيا . ولقد كان بلويلر أول من اشار الى انه من الاهميـة بمكان أن يؤخذ فى

الاعتبار محتوى تفكير المريض ، واتجاهاته ودوافعه وغيرها من ابعاد سلوكه . وانه ربط هلاوس وهذاءات المريض بتاريخ حياته ، وبآماله المبكرة وبمخاوفه وبعلاقاته المبكرة مع والديه واخوته . ولقد ميز بلويلر الاعراض الى اعراض أولية واخرى ثانوية . وحدد الاعراض الاولية بتلك الاعراض التي اعتبرها مظاهر مباشرة لعملية مرضية جسيمة، وتتضمن تفكك التداعي فى التفكير وتناقض الاتجاهات والانفعالات والميل الى احلال الخيال محل الواقعية . ومن بين الاعراض الثانوية ، او تلك الاعراض التى يعتقد انها ذات اصل نفسي ، الهذاءات التى تفسر على اساس احباطات المريض وآماله ، والهلاوس ، والنمطية والاعراض العضلية الكتاتونية وجانب كبير من الاتجاهات المعقدة . واعتقد بلويلر أن الأعراض الثانوية محاولات للتكيف للاضطراب الاولى . وبعد ان اصبح بلويلر مقتنعا بأهمية المؤثرات النفسية فى الصورة المرضية للفصام ، اكد ان الاضطراب يجب أن نتناوله بالعلاج النفسي .

ويمكن تعريف الفصام بانه مجموعة اضطرابات تتميز بالميل المتزايد الى العزلة وبتناقض الانفعالات وتذبذبها وعدم ملاءمتها وتبلدها. كما تظهر الأعراض فى صورة نشاط حركى زائد وشاذ ، أو عناد يصل احيانا الى درجة الذهول .

وتتضمن الأعراض ايضا سوء تأويل الادراك والعجز عن التجريد والتفكير غير المترابط وكثرة التكثيف . وعندما توجد هذاءات أو هلاوس فانها عادة ما تكون غير منتظمة .

الأسباب : لا يوجد هناك اتفاق تام يتعلق بالأسباب الجوهرية للفصام . ولكن يمكن تقسيم العوامل العديدة المسببة التى ذهب العلماء الى تحديدها الى عوامل عضوية واخرى نفسية اجتماعية .

أولا ـ العوامل العضوية :

١ ـ الاستعداد الوراثى : لقد قام فرانز كولمان بدراسة ٥٠٠ زوج من التوائم المنفصلة حيث يشخص احد التوأمين بالفصام . فوجد أن ١٥ فى المائة من التوائم الاخرى يعانون أيضا من الفصام . وفى دراسة مشابهة على ١٧٤ زوجا من التوائم المتحـــدة ، حيث يعانى أحد التوأمين من الفصام ، وجد نسبة اتفاق ٨٦ فى المائة ـ وبهذا ذهب فرانز كولمان الى القول بوجود اساس وراثى للفصام غير أن بحاثا آخرين قد وجدوا نسبة اتفاق أقل بكثير مما توصل اليها كولمان فى دراساتهم للتوائم المتحدة .

ولقد حاول ارنست كريتشمر دراسة العلاقة بين الأنماط الجسمية والفصام،فوجد انكثيرا منمرضيالفصام يتسمون بالبناء الجسمىالنحيل والرياضي . ولكن هذه النتائج مازالت موضع جدل .

٢ ـ العوامل البيوكيميائية : لقد أجريت العديد من الدراسات عن العوامل البيوكيميائية الشاذة فى الاضطرابات الفصامية .غير أن نتائج هذه الدراسات مازالت غير مؤكدة . فبالنســـبة للبروتينات ، اســتطاع هيث ومساعدوه فصل مركب سام يســمى تاراكسين . ويعتقدون انه يشبه السيريولوبلازمين على الرغم من اختلافه كيفيا فى بعض الجوانب .

وقرر بحاث آخرونارتفاعمصلالسيريولوبلازمين عند الفصاميين. كما وجد فيسيل ارتفـاع اس ـ ١٩ ـ ماكروجلوبيولين ، بينمـــا لم يستطع آخرون تأكيد هذه النتيجة . وفيما يتعلق بالتمثيل الغـذائى للأحماض الأمينية ، قامت محاولات لربط الأعراض الفصامية بتكوين الامينات الشاذة التى يعتقد انها تسبب الاضطراب النفسي ، ومنهـــا

تحول التريبتوفان الى أن ان دايميثل تريبتامين . وهناك بعض الأدلة على ارتفاع نسبة السيروتونين فى الدم فى اليوم الأول من نوبة الفصام الحاد ، ثم تنخفض عن النسبة العادية . وترتبط هذه النتائج بزيادة واضحة لافراز التريبتامين فى البول وزيادة بسيطة لافراز النواتج الأخرى من تمثيل التريبتوفان . وهناك رأى بأن نسبة بسيطة من الابينفرين أو النورابينفرين قد تخضع لتمثيل غذائى خاطىء عند الفصاميين ، لتكون الادرينوكروم أو الادرينوكوتين أو غيرهما من المركبات المسببة للأضطراب النفسي . ولكن مازال هناك شك حول ما اذا كان الادرينوكروم والأدرينوكوتين مركبين يسببان الاضطراب النفسى حقيقة. وما اذا كان الفصاميون ينتجون فى الواقع نواتج شاذة فى التمثيل الغذائى . وفى التمثيل الغذائى للكربوهيدرات ، ذكر أن هناك عاملا ضد الانسيولين يوجد فى دم وبول الفصاميين. وذكرت تقارير عن زيادة نسبة الاكتات الى البيروفات نتيجة التمثيل الغذائى الخاطىء للجلوكوز ، ونقص فى الهيكسوكينيز عند الفصاميين ، وكلها فى حاجة الى تأكيد .

٣ — عوامل الغدد الصماء : لا يوجد دليل مقنع على أن الفصام ينشأ من اضطراب فى الغدد الصماء ، ولكننا نلاحظ ارتباطا عاليا بين التغيرات فى استرويدز قشرة غدد الادرينالين ، وبين تغيرات المرحلة الاكلينيكية للفصام . فقد وجد ساكر وآخرون ارتفاعا واضحا فى افراز ١٧ — هيدركسي كورتيكواسترويد يصل الى ضعف الافراز العادي بمقدار مرتين أو ثلاث مرات ، أثناء فترات القلق الشديد أو الاكتئاب . وينخفض الافراز الى المستوى العادى أثناء المراحل التى تتميز بالهدوء النسبى . كما يرتفع افراز الابينفرين الى ثمانية اضعاف الافراز العادى أثناء مراحل الاضطراب .

٤ — العوامل السامة : لقد أدت ملاحظة ما يحدثه عقار الميسكالين

عقار الال.اس.دى من ذهان،الى القول بأن الفصام قد يكون نتيجةتكوين مثل هذه المواد داخل الجسم .وعلى أية حال فان البحث يميل لأن يؤكد وجود فروق بين الفصام وتلك الحالات التى يحدثها العقار .

٥ ـ العوامل العصبية : لقد ذهبت لوريتا بندر الى تأكيد وجود عوامل اضطراب فى نمو الفصاميين من الأطفال . فأزمة فسيولوجية كنقص الاكسجين اثناء ميلاد الطفل ، قد تكون عاملا مرسبا للفصام فى طفل لديه الاستعداد التكوينى . ولقد استطاع وليم جولد فارب وآخرون ان يقسموا مرضاهم من الأطفال الفصاميين الى مجموعتين ، مجموعة يظهر عليها علامات عضوية أو مظاهر عصبية واخرى يبدو فيها ان العوامل النفسية هى العوامل الرئيسية للأضطراب .

ثانيا ـ العوامل النفسية الاجتماعية :

١ ـ الصراع النفسى : الشخص الفصامى كالشخص السوى يكون مدفوعا بدوافع ، وعليه ان يواجه العالم الخارجى مع محاولته اشباع حاجاته .ولكن الفصامى يختلف عن الشخص السوى بعجزه عن أن يوفق بين دوافعه والواقع الخارجى . ويظهر عجز شخصية المريض فى العلاقة بالواقع واختباره ، وتنظيم الدوافع والسيطرة عليها ، والقدرة على اقامة علاقات طيبة مع الآخرين والأستمرار فيها ، وفى الوظائف الدفاعية كالكبت والاعلاء وتكوين رد الفعل وفى الوظائف المعرفية كالادراك والانتباه والتفكير واللغة ووظائف التركيب التى تساعد الشخص على تجميع وتنظيم وربط وتكوين صيغ ذات معنى من خبراته .

كما أن الفصامى يعانى كثيرا من خيبة الأمل والاحباط وفقدان احترام الذات فى تعامله مع الآخرين والعالم الخارجى ، حتى أنه عند

حد معين ينسحب ويصبح مشغولا بما يحــدث فى داخله . ويصاحب عزلته هذه ميل الىالنكوص . وقد تظهـــر الهلاوس والهذاءات التى تعتبر اعراضا تساعد المريض على أن يواجه حالته الداخلية .

٢ ـ القصــور فى علاقة الام بالطفل : لقد اســتخدمت آنا فرويد مفهوم « موضوع اشباع الحاجة » لوصف اهمية الأم فى تزويد الطفل بأول خبرة مشــبعة فى العــالم الخــارجى . وذكرت مارجريت ماهلر مجموعة أعراض الذهان الطفلى التكافلى حيث تتضح علاقة التكافل بين الام والطفل ، التى يجد الطفل نفسه معها فى مواجهة صعوبة الانفصال عن الام وتحقيق ذاته . ونادرا ما يظهر اطفال مجموعة التكافل ســلوكا مضطربا واضحا فى السنة الأولى من الحياة ولكنهم يظهرون اضــطرابات شــديدة فى السنة الثالثة أو الرابعة ، عندمــا يحدث بعض الانفصال والاستقلال عن الأم . فالحدود بين الذات وغير الذات تكون غير واضحة، حيث ان الطفــل فى حالة الذهان الطفلى التكافلى يبقى مثبتا أو ينكص الى مستوى من اختبار الواقع يوجد معه هذاءات عن القدرة المطلقة . وكذلك يشيع مفهوم الأم المسببة للفصـــام . ويقال ان تلك الام تتسم بالطموح الزائد ، وتكون رافضة لطفلها او قلقة جدا على مستقبله . كما تتسم بالسيطرة وتتعامل مع أطفالها على انهم امتداد لذاتها فتتدخل فى حياتهم متناسية حاجاتهم ورغباتهم .

٣ ـ التفــاعلات الأسرية المرضــية : قام ثيودور ليــدز وآخرون بدراسات رائدة علىالبيئة الأسرية التىينشأ فيها الفصامى . وتبين من الدراسات أن اسر مرضي الفصام يتسمون بصفة عامة بعدم السعادة والصراع والتوتر والقلق فى سنوات نشــــأة المريض . ففى تلك الأسر لا يجد الأطفال تلك البيئة الخالية من الصراع حتى يتحقــق الاحساس

بالأمن والقدرة على المشاركة وكبت العدوان ، كما انهم لا يجدون مصادر تحقيق الذات . والأحداث التى تجرى داخل الأسرة تعوق تطور التفكير والتعامل الناضج .

ولقد اوضح جاكسون وباتيسون وآخرون ، اضطراب التفكير لدى الفصامى عندما يتعرض دائما ولمدة طويلة للمواقف المزدوجة . فالمواقف المزدوجة تؤدى بالشخص الى فقدان الثقة فى اى تعامل ، كما يستحيل معها تفسير الواقع بدقة ، وعلى ذلك تنشأ الصعوبة فى العلاقات بالواقع . وينشأ الموقف المزدوج عندما يتعامل الوالدان مع الطفل بأسلوبين متناقضين فى وقت واحد . كما يحدث الموقف المزدوج عندما يتناقض محتوى ما يقال مع الجانب الانفعالى فى التعامل . ولكن من الجدير بالذكر أن نشير الى انه لا يوجد هناك دليل على أن التعامل المزدوج يكون بالضرورة مرضيا كما لا يبدو اى دليل على انه يؤدى الى اضطراب التفكير لدى الفصامى .

ويظهر الفصام فى مرحلة ما بين الطفولة ونهاية المرحلة المتوسطة من العمر ، ولكن يكثر حدوثه فى مرحلة المراهقة والسنوات الأولى من مرحلة البلوغ . وقد يظهر بين الأطفال فيما بين ٣ ــ ١٣ سنة .

الصورة الاكلينيكية : الفصام اضطراب غالبا ما يظهر تدريجيا، فقد تكون هناك مرحلة انتقالية تمتد الى سنة او سنتين حيث ينتاب الشخص توتر متزايد ، وارتباك وتشتت أثناء محادثة الآخرين . وعدم قدرة على مواصلة التفكير . وفى تلك الفترة قد لايكون حديث المريض أو استجابته للآخرين غير ملائمة . وقد ينظر بجمود بعيدا ، أو يبدو وكأنه يتفرس محاولة منه فى التقاط انتباهه . وتزداد حساسيته

للمرئيات والصوتيات الخارجية ، مما يؤدى الى التشتت . وقد يحدث صعوبة فى الاحتفاظ بثبات ادراكى لكل من جسمه والعالم الخارجى . فقد يحس بأن جسمه واجزاءه قد تغيرت فى الحجم أو الشكل او انه قد يبصر ذلك التغير فى ادراكه لأجسام الآخرين أو الكائنات غير الحية . والادراكات السمعية أيضا ، تكون غير مؤكدة وغير متميزة ، وعلى ذلك تكون مخيفة أو تبعث على الارتباك . ويصبح ادراكه لما يدور داخل جسمه أمرا يشغله . وربما يؤدى القلق والقصور فى الانتباه وانحراف الادراك الى عدم الارتياح المتزايد فى علاقاته الشخصية .

واثناء المرحلة المبكرة ، قد لايوجد خاصية واحدة تدل على الاضطراب الذهانى ، ففى بعض الحالات تكون الاعراض المبكرة اكثر دلالة على العصاب منه على الذهان . والعرض المبكر الشائع يكون التباعد والانعزالية حيث الوحدة وفقدان الامل والكراهية والخوف . وغالبا ما يبدو المريض مشغولا وحالما ، وقد يتحدث عنه اصدقاؤه بأنه يبدو بعيدا عنهم ، ولا يعبأ كثيرا بأحاسيس الآخرين . ويظهر اهتماما قليلا بما يدور فى حياته . وخططه للمستقبل تكون غالبا غير واضحة وغير واقعية .

ويعانى المريض من احساس بالرفض . والطريقة المميزة التى يحمى بها نفسه من توبيخ الآخرين هى الابتعاد عنهم . ولكن هذه العزلة تؤدى بدورها الى الاحساس بالرفض وبالتالى الى زيادة العزلة ، حتى انه قد يبقى فى حجرته ويظهر عدم اهتمام متزايد بأفراد أسرته وبميوله التى اعتادها وبمطالب بيئته . وتتميز انفعالاته بالسطحية وعدم الثراء والتنوع . ويفقد التلقائية والطموح ، كما يبدأ المريض فى

الاعتقاد بأن الآخرين يتحدثون عنه . ويهمل المريض اتباع التقاليد ، وغالبا لايعتنى بمظهره ونظافتــه ، كما أنه غالــا ما يكثر من التفــكير والحديث فى الموضوعات الجنسية . وقد يشعر المريض أن شيئا غــير عادي يجرى فى بيئته ، ويدفعه سوء التفسير والشك الى الانتقال من مكان الى آخر . ولبضعة أسابيع او اشهر قد تكون البيئــة الجــديدة خالية من اى عدوان ، وبعد ذلك يبدأ المريض فى الاحســاس بأن الناس تلاحظه وتتآمر عليه . وقد يظهر المريض نمطية ، كما قد يأتى بأفعــال شاذة .

ويعبر بعض المرضي عن القلق بشأن حالتهم الجسميــة . ويدل هذا على قرب ظهور المرض ، عندما تكون الشكوى غير عادية . وينشغل المريض فى بداية المرض غالبا بالتــأملات المجــردة ، والميتافيزيقيــة فى موضوعات كالخلق والسببية أو المعتقدات الدينية والتصوف والمشاكل عديمة المعنى . وفى المراحل المبكرة جدا يدرك قليل من المرضى أن أفكارهم الايمائية وغيرها من الخبرات الفعلية الشاذة ، تكون غير عادية . وقد يرغبون فى معرفة معنى خبراتهم وفهم مشــاكلهم . وأحيانا قد تكــون لديهم بعض التقدير للاسباب التى ادت الى مرضهم . وفى هذا الوقت قد يكون لديهم الرغبة فى مناقشة مشاكلهم . وتفقد هذه الرغبة فيما بعد ، ويصبح المريض غير متعاون . ولكن هــذه الرغبــة لاتوجد لدى الكثيرين من المرضى .

الاضطرابات الانفعالية : وعندما ينتقل من هــذه المرحلة المبكرة التى يمكن أن نعرفها بمرحلة النذير او مرحلة الحضــانة ، الى الذهان الواضح ، يظهر التبلد وعدم تجانس الاحساس . وخمول الاحساسات وقلة الاهتمامات التى نلاحظها فى المراحل المبكرة تأخذ فى التطور ، فلا

يستطيع المريض الاحساس وتنظيم انفعالاته كما يجب . ويوجد هناك انسحاب للاحساس أو الانفعال من الواقع الخارجى الى الذات . وبتطور المرض وزيادة التبلد الانفعالى لا يصبح المريض غير مبال بالاتجاهات والقيم التى تجعل الحياة ذات قيمة فقط ، ولكنه قد لايهتم باساسيات الحياة . وقد يظهر قليل من المرضي المرح او الاكتئاب، ولكن هذه الانفعالات على اى حال ، ينقصها العمق عادة .

واضطراب آخر فى الانفعالية هو التعبير الانفعالى الذى لايرتبط بالواقع . ويظهر هذا فى عدم التجانس الانفعالى حيث الابتسامة غير الملائمة أو الضحك غير الملائم . وهذا التدهور فى التعبير الانفعالى وعدم ملاءمة الاستجابات الانفعالية للمواقف تشكل احد الجوانب الهامة التى تفقد فيها الشخصية تنظيمها .

ومن الفروض الاكثر تقبلا عامة فى تفسير الاضطراب الشديد فى الجانب الانفعالى . أن الانفعالية على النقيض مما يعتقد ، لاتفقد ولا تتحطم ولكنها تنسحب من الشعور ومن ادراك المريض ومن الواقع الموضوعى ، لترتبط بالعقد وغيرها من محتوى اللاشعور . فالانفعالية تختفى لأنها ترتبط بالافكار الشخصية الذاتية . وحيث ان الانفعالية ترتبط وتتحدد بمحتوى لايخضع للسيطرة ، فان الانفعالات تبدو غير متجانسة مع المحتوى النفسى الذى ترتبط به الانفعالية والذى يتحكم فيها . فالاضطراب الانفعالى فى الفصام يعتبر احلالا اكثر منه تدهورا .

والتبلدالانفعالى للمريض ربما قد يفسر بطريقة مختلفة ، فاحدى طرق الشخص العادى التى قد يعالج بها المواقف الصعبة التى تهدده،

هى التقليل منها أو تجاهلها . وكذلك يدافع المريض عن نفســه باقامة حاجز من اللامبالاة حوله . وعلى الرغم من أن هــذا التبلد قد ينشــأ كميكانيزم دفاعى ضد موقف مشكل فانه يصبح نمطــا سلوكيــا عاما للمريض . وعندما ينسحب الانفعال من الشعور فان الموضوعات المألوفة التى كانت ترتبط به فيما سبق ، ترتبط بمحتوى اللاشــعور ، وهى حالة تعرف بفقدان الذاتية . وينتاب المريض احساسات بعدم الوضوح او عدم الواقعية او الانفصال او أن يكون مشاهدا للحياة بدل أن يكون له فيها دور ويشعر بأنه قد تغير كلية عن ذى قبل . ونتيجة لذلك ، لم يعد يعترف بنفسه كشخصية . والتبرير هذا الاحساس فان المريض قد يحس بأن أجزاء جسمه أو عقله تبدو غريبة وانها قد لاتنتمى اليه . وقد ينمى مزيدا من الافكار الانعدامية ، ويعتقد انه لم يعد له جسم ، او لايوجد هناك عالم او انه ميت . وبالاضافة الى هذا التغير فى الذات، فان البيئة قد تبدو له غير طبيعية وانها قد فقدت خاصيتها الواقعية.

الانتباه : يتميز الفصامى بقلة الانتباه ، الامر الذى يرجع الى عدم اهتمام المــريض بالعالم الخــارجى وانشــغاله بذاته . وتؤثر قلة الانتباه هذه على اجابة المريض على ما يوجه اليه من أسئلة ، حيث تتميز اجاباته بالتفاهة وعدم الصواب لأن اهتمامات المريض تكون موجهة الى موضوعات لاتصل اليها الاسئلة العادية .

التفكير : الامر الطبيعى أن يكون تداعى الافكار متتابعا، وارتباطها ارتباطا منطقيا محددا ، لتكتمل عملية التفكير فى النهاية ، ولكن فى حالة الفصام يكون هذا التداعى مفككا وينقصه العلاقة المنطقية . وعلى الرغم من أن اضطراب التداعى فى حالة الفصام لايظهر بوضوح الا اذا حدث تفكك شديد فى الشخصية ، فغالبا ما نجــد قبل ظهــور الذهان بفترة

طويلة أن المريض يظهر ارتباطات تداعى ضعيفة فىالتفكير . وفيما بعد يتحدث المريض بعبارات عامة ومجردة يصعب فهمها . كما أن تسلسل التفكير لايتتابع نحو هدفه المنطقى مما يكون نتيجته التـداخل وعـدم التنظيم . واذا كان المريض على وعى بالتفكير غير المنظم ، فانه قديعلل ذلك بأن افكاره قد سحبت من راسه .

واستجابات المريض غير الملائمة للاسـئلة التى توجه اليه عنـدما يكون الشعور غير ملبد خاصية يتميز بها الفصام . وغالبا ما يبدو على مرضي الفصام صعوبة فى التفكير ، وبطء فى مجراه وافتقار فى محتوياته . وان كان من الشائع فى كثير منالحالات ان يعانى المريض فى بدء المرض من ضغط الفكر حيث يتدفق تيار الفكر غزيرا دون سيطرة المريضعلى افكاره . وتفكير الفصامى تفكير ذاتى وغير واقعى . كما تشيع فىالفصام فى درجاته الاولى ظاهرة توقف الفكر اذ تنقطع سلسلة التفكير فجأةالى فترة قصيرة وينقطع حديثه تماما . وقد يحدث هذا التوقف عنـدما يقترب التداعى من موضوع الصراع المؤلم . ويتميز تفكير الفصامىايضا بعدم التناسق أو ان يجمع المريض بين فكرتين أو كلمتين فى واحدة مما يعرف بالتكثيف ، أو يتعلق بفكرة واحدة يظل يرددها علىرتيرةواحدة. أو يقتصر فكر المـريض على ترديد ما يقـع على سـمعه ممـا يعـرف بالمصـاداة .

الهذاءات : يتميز مضمون أفكار الفصامى غالبـا بالهـذاء . وهذاءات الفصامى لاتكون عديمة المعنى ، ولكنهـا محـددة وتتفق مع حاجاته النفسية وفى حدود خبراته مع اهمالهـا للواقع . وفى المراحل المبكرة للفصام قد تكون الهذاءات غير ثابتة ، وقد يكون المريض احيانا فى شك من أمر افكاره الايمائية او عدوان البيئة نحوه وفيما بعد يصبح

مقتنعا بأن هذاءاته حقائق واقعية . وتتناول الهذاءات غالبا تلك المشاكل التى تتعلق بالاتجاهات والدوافع المعطلة والآمال التى احبطت والاحساس بعدم الأمن والاحساس بالذنب وغيرها من محتوى اللاشعور .

الهلاوس : يعتبر الفصام الاضطراب النفسي الذى تحدث فيه هلاوس أو اسقاط الدوافع والخبرات الداخلية على العالم الخارجى فى شكل صور ادراكية . مع عدم تلبد الشعور غالبا ، وميكانيزم الهلاوس فى حالة الفصام لايختلف عنه فى حالة الحالات المرضية الاخرى . فالمحتوى اللاشعورى يظهر ويؤدى الى صور من الادراك استجابة لحاجات ومشاكل نفسية ، فالرغبات المنبوذة ، والاحساسات بالذنب تسقط كهلاوس سمعية تتهم المريض وتنقده . والمريض لايستطيع بسبب تفكك شخصيته أن يدرك مصدر أو دلالة هلاوسه ، ويعتقد فى صحة هذه الصور من الادراك التى يسقطها ويتقبلها ويستجيب لها . فلم يعد المريض يميز بين الخبرات الذاتية والموضوعية ، ونتيجة لذلك يميل الى تغيير الواقع بالهلاوس والهذاءات . ولكن ليست كل موضوعات هلاوس الفصامى اتهامية . فقد بينت الدراسات الحديثة ، ان الادراكات السمعية قد تبعث على راحة المريض ، فتمده بالصحبة والنصيحة والاحترام وحتى الاشباع الجنسي . وادراكات الهلاوس هذه يحددها المريض غالبا على انها تمثل اصوات اشخاص ذوى اهمية فى حياته كالاداء والاصدقاء ، وتبدو كأنها تحل محل هؤلاء الاشخاص . وغالبا ما تنشأ خبرة الهلاوس عندما يفقد الفرد علاقة هامة ، أو انه لنتيجة لعزلة المرض أو الحاقه بالمستشفى يحرم من تلك العلاقة . وقد يجد الفصامى ان هلاوسه تقوم بمساعدته ، حتى انه لايرغب أن يتنحى عنها ، فهى تكون أحد أساليب تكيفه ، ويصبح مشغولا لا بعالم الواقع وانما بعالم الهلاوس ، وفى حماية من اضطرابات الواقع .

والهلاوس فى حالة الفصام تكون غالبا سمعية ، وتقتصر الهلاوس البصرية على المراحل الحادة من المرض . ويصاحب الهلاوس فى بدايتها توتر انفعالى ويكون لها تأثير تهيجى على المريض . ولكن بمرور الزمن يقل تأثيرها على السلوك .

الدافعية : من بين الاعراض الهامة فى الفصام اضطرابات الدافعية. فكثير من أوجه النشاط الشاذة والاندفاعية تنشأ من عدم تكامل الدوافع والانفعالات . والسلوك الاندفاعى للفصامى ، يجب أن ننظر اليه على أنه نتيجة للتناقض الانفعالى وتناقض الاستعدادات الدافعية .

ولقد ذهب بلويلر إلى تأكيد مفهوم المظاهر المتناقضة للدافعية والانفعال ، واعتبر هذا التناقض عرضا رئيسيا للفصام . فالرفض الشعورى وانكار التعبير عن رغبة من الرغبات مع التعبير عنها بطريقة غير مباشرة باسقاطها فى صورة هلوسة أو هذاء تكون مظهرا من مظاهر التناقض . وقد يظهر التناقض الانفعالى فى الخليط غير الثابت من الحب والكراهية والتردد الذى لا حصر له بين العاطفة والعدوان ، مما يؤدى أحيانا الى نوبات اندفاعية . وأحيانا قد يقاوم الفصامى شعوريا دافعها ما ، ولكنه قد يضع هذا الدافع موضع التنفيذ . والدوافع اللاشعورية التى تعمل بهذه الطريقة تعطى المريض احساسا بأن هناك قوى تسيطر عليه . وهذا الاحساس بالخضوع لقوى مسيطرة ، يسمح بقبول أفكار أو التساهل فى انماط سلوك ، لاتتفق والمعايير الاجتماعية للفرد ، ولكن لم يعد المريض يدرك مسئوليتها .

الخمود : ومن اضطرابات النشاط التى تشيع فى الفصام تجنب النشاط التلقائى والمبادأة وظهور حالة من عدم النشاط ، الأمر الذى يعرف أحيانا بالخمود . وهذا التدهور فى عادات النشاط ربما يفضل

النظر اليه على انه فقدان الاهتمام والرغبة فى العزلة ، وهو اسلوب يتبناه الفصامى لرفض العالم الذى لايستطيع أن يواجهه . ويميل سلوكه لان يصبح ذاتيا ونكوصيا . فبينما يجد الشخص العادى اشباعه فى ان يوجه نشاطه الى العالم الخارجى ، فان تلك الوسيلة لا تشبع الفصامى .

العناد والقابلية للايحاء : والعناد اضطراب آخر ، قد يظهر فى صورة خلاف مع البيئة ، ومعارضة رغبات الآخرين . وفى الحالات الشديدة يظهر العناد فى صورة بكم ورفض الطعام والبلع ، وحتى تفريغ البول . وربما قد يشعر المريض أن العناد وسيلة آمنة للتعبير عن العدوان .

وعلى الرغم من أن القابلية للايحاء على عكس العناد تماما فى بعض مظاهرها ، الا اننا نلاحظ احيانا نوعا مرضيا من القابلية للايحاء يبدو انه يهدف الى ما يهدف اليه العناد من حيث تقليل الاتصال المضطرب بالواقع . فقبول واتباع ماتوحى به البيئة دون مناقشة اقل اضطرابا للمريض مما يؤدى اليه معارضتها . وعلى ذلك ، قد يظهر المريض طاعة عمياء للتعليمات دون أن يتساءل عن ملاءمتها أو دلالتها . وبدلا من أن يجيب على السؤال فانه قد يردده بطريقة ببغاوية تعرف بالمصاداة ، كما يقلد حركة الشخص الذى يتعامل معه بما يعرف بالمحاكاة .

والانثنائية الشمعية فى حالة الكتاتونيا تمثل هذه القابلية السلبية للايحاء الى درجة قد تؤدى بالمريض الى تجاهل الالم الجسمى . ومن بين اضطرابات النشاط النمطية والرتابة اللتين تشغلان حيزا كبيرا فى الصورة الاكلينيكية . والنمطية فى الفصام متباينة ، فقد تشمل التكلف فى الكلام والمشى ، وقد تظهر فى التجهم ونفخ الوجنتين وتجعيد الجبهة

اللزمات العصبية ، او فى اداء بعض النشاطات التى تشكل نوعا من الطقوس . ويتخذ بعض المرضى وضعا معينا دون تغييره . واحيانا يضم المريض شفتيه ويمدها للخارج . وعامة تبدو اوضاع المريض وايماءاته وافعاله غامضة . فسلوك الفصامى الشاذ له معنى عنده ، بينما يكون الغرض منه وقيمته غير واضحة للآخرين بسبب التكثيف او الرمزية .

الشعور والتكامل : يتميز الفصام بتدهور بسيط نسبيا فى الشعور او الوعى او الذاكرة . فادراك الفصاميين للزمن يبدو متدهورا، فكثير منهم لايستطيع تقدير وحدات من الزمن بدقة ، وغالبا مانحصل على اجابات غير صحيحة لأسئلة تتعلق بالوعى ، ولكن هذا قد يرجع الى العناد او الى قلة الانتباه .

وبسبب اضطراب وظائف الشخصية ، من معرفية وانفعالية ودافعية ، يوصف الفصامى غالبا بأنه مخبول . وهذا أمر غير صحيح على أية حال ، لانه لايوجد تدهور فى الوظائف العقلية غير قابلة للعلاج. وما يحدث للفرد يعتبر تفككا فى الشخصية . والمريض لايكون لديه اى تقدير عن هذا التفكك فقط ، ولكن مفهوماته عن شئونه الشخصية وعلاقاته الاجتماعية تصبح غير صحيحة وغير ثابتة بسبب ميوله الانطوائية وتشوه كل من الواقع الطبيعى والاجتماعى خلال الهذاءات والهلاوس.

التغيرات الجسمية : فى حالات الفصام الشديدة الاضطراب ، تظهر احيانا بعض الخصائص الجسمية . واكثر هذه الخصائص حدوثا عدم الاتزان العام للجهاز العصبى الاوتونومى حيث تكون اليدان والقدمان باردة وذات لون ازرق مع بقع على الجلد . ويظهر ايضا عدم الاتزان فى اتساع انسان العين الذى يضيق عند الفحص بالضوء ثم يعود مرة اخرى الى الاتساع . وفى حالة الذهول الكتاتونى ينتاب المرضى الذين يستمرون

فى الوقوف دون حركة استسقاء فى الاطراف السفلى . وقد يحدث فى المراحل المبكرة للمرض غالبا دوار ونوبات من الهستيريا والصرع . كما ينقص وزن كثير من المرضى اثناء المراحل الحادة من المرض .

انماط الفصام : هناك ثمانية انماط رئيسية للفصام . ويجب ان نتذكر ان الصور الاكلينيكية التى تظهر لدى المرضى لا تتمشي دائما مع ما تتناوله المراجع من خصائص ، وان المريض قد يظهر خصائص اكثر من نمط من الانماط . واحيانا قد يظهر المريض فى وقت ماالاعراض الرئيسية لنمط من الفصام ، وفى وقت آخر يظهر اعراض نمط آخر .

الفصام البسيط : فى هذا النمط تظهر الاضطرابات بوضوح فى انفعالات المريض واهتماماته ونشاطه . وتكون الهلاوس نادرة ، كما ان الهذاءات لاتقوم بدور ذى اهمية . ويظهر الاضطراب عادة تدريجيا . فالشاب الذى يظهر تقدما فى دراسته أو عمله يبدأ فى فقد الاهتمام بتلك الدراسة أو العمل ، وتصبح انفعالاته غير ثابتة ويبدو فى حالة استثارة وتسولا ، وتصبح اهدافه غير واقعية . ويظهر ضعف الشخصية الذى يكون الخاصية السائدة لهذا النمط فى سطحية الانفعالات او عدم المبالاة وضعف الارادة . كما أن المريض لايعبأ بنقد الآخرين ولا بحزن الوالدين ويفقد تقديره للقيم الاخلاقية . ويصبح كثير من المرضى غير مسئولين أو كسالى او متشردين أو منحرفين . وعلى الرغم من ان الوظائف العقلية لم تتدهور ، فان المريض يستطيع القيام ببعض الاعمال البسيطة فقط تحت اشراف من الآخرين .

الفصام الهيبفرينى : ينشأ هذا النمط خلسة ، وعادة ما يبدأ مع بداية المراهقة . واحيانا قد يكون المرض سريع الظهور ويتميز بالاكتئاب . وعلى اية حال ، فعادة ما تكون الاستجابة الانفعالية سطحية

وغير ملائمة . وتظهر الهلاوس والهذاءات المهوشة . وتكون عمليـــات التداعي مفككة والكلام غير متناسق ، وتشيع اللغة المبتكرة ، كما تغلب النمطية . وتسود هنا الخصائص النكوصية ، فيشيع البلل والاتساخ كما ياكل المريض بطريقة لايلتزم فيها بما يتبع من آداب ، وتصبح حياة المريض متميزة بالذاتية ، فيصبح غير متعاون ومنطويا .

الفصام الكتاتوني : يتميز النمط الكتاتوني باطوار من الذهول او الهياج ، وفي كليهما يسود العناد والذاتية . وقد يوجد تبـــادل بين قلة الحركة أو انعدامها من ناحية والنشاط الزائد الاندفاعي من ناحية اخرى . وعلى اية حال ، فغالبا ما تظهر نوبة الكتاتوني في طور واحدعلى مدى مسارها ، سواء في صورة ذهول أو نشاط زائد غير منظم . ويظهر المرض غالبا فيما بين ١٥ ، ٢٥ سنة . وتنشا الكتاتونيا في معظم الاحيان حادة ، ويرسبها غالبا او يسبقها خبرة انفعالية مؤلمة . والشـــفاء مع استعادة المريض لتكامل شخصيته ، بعد نوبة من الكتاتونيا يكون افضل مما يحدث في انماط الفصام الاخرى ، على الرغم من انه بعــد عدد من النوبات يوجد ميل لان ياخذ النمط الكتاتوني وضــعا يقرب من حالات الهيبفرينيا أو البارانويد حيث تفكك الشخصية الدائم .

الذهول الكتاتوني : يسبق الذهول الكتاتوني أو طور الذهول ، غالبا الاكتئاب او عدم الرضي . فيميل المريض الى الابتعاد عن الآخرين وتتميز استجاباته بفقدان الاهتمام وعدم الانتباه ، والانشغال،والافتقار الانفعالي ، كما يصبح المريض حالما وابكم ويعترى وجهـــه الجمود ، واحيانا قد يغمض عينيه ولكنه غالبا ما يحدق الى اسفل . وقد يقف في معظم الاحيان دون حركة طوال اليوم ، ونادرا ما ينتقل من مكانه . وقد يمضي مريض آخر اليوم جالســـا على حافة الكرسي أو جالســا

القرفصاء على الأرض . ومع فقدان المريض الاحساس بالواقع ، ينكر المريض العالم ويقاوم البيئة ، ويعارض اى محاولة لتحريكه من موضعه الذى يتخذه لأشهر . كما يرفض المريض وضع الثياب او تناول الطعام، على الرغم من أنه أحيانا ، اذا اعتقد أن احدا لا يلاحظه ، فانه يتناول الطعام بشراهة . وغالبا ما يحتفظ المريض باللعاب والبول والبراز . وقد لا يقوم بتوسيخ ملابسه فقط بل يهمل فى كل عادات النظافة . وتشيع الايماءات والتجهم ، وقد تبقى يد المريض قابضة باحكام ، كما تستمر ايضا التوترات العضلية الاخرى . واحيانا فان مظاهر الكتاتونيا الجسمية تشبه الى حد ما عدم الحركة والجمود الباركينسونى . وقد يوجد عدم الحركة سواء الانثنائية او الجامدة . ففى هذه الحالة لايقوم المريض بحركات تلقائية ولكن يتخذ الوضع الذى يوضع فيه . فعن طريق الطاعة العمياء ، قد يقوم المريض بتنفيذ اى تعليمات بغض النظر عن سخافتها وخطورتها . كما انه لا يظهر استجابات تجنبية لأى مثيرات مؤلمة . وعلى الرغم من أن المريض لايعطى أى دليل على انه على وعى بما يحدث له ، فان المريض يلاحظ حقيقة الاحداث التى تدور من حوله ، وعندما يبدأ فى الحديث مرة اخرى ، فانه قد يسرد بالتفصيل كل ما حدث اثناء حالة الذهول . وقد ينظر الى الذهول على انه انسحاب فيه الحماية من الاتصال بما يهدد المريض .

وبعد فترة تتباين كثيرا فى مدتها ، قد يشفى المريض ببطء ، او فجاة احيانا ، من هذا الكف العام . وقد ينتهى احيانا الجمود الكتاتونى والعناد استجابة لمثيرات انفعالية . وقد يعود الاهتمام والانفعال والسلوك الى الحالة العادية تقريبا او قد ينتاب المريض حالة هياج كتاتونى .

الهياج الكتاتونى : يتميز الهياج الكتاتونى بالنشاط العدوانى غير المنظم . ولا يصاحب الهياج الكتاتونى تعبير انفعالى ولا يتأثر بالمثيرات الخارجية ، كما انه لايكون ذا هدف ، ويتميز بالرتابة . والمريض فى حالة الهياج الكتاتونى ، دون غيره من الفصاميين ، يظهر غالبا سلوكا اندفاعيا لايمكن التنبؤ به . فبدون انذار أو سبب واضح، قد يهاجم شخصا يقف بجواره او يكسر نافذة . كما يمزق ثيابه ويبقى عريانا ويهمل نظافة كل الافرازات . والعناد يكون عادة ملحوظا . وقد ينتقل المريض فى كلامه من حالة البكم الى تطاير الافكار . كما يتضح التصنع والنمطية والرتابة والتجهم . وقد يستجيب المريض للهلاوس البصرية او السمعية المخيفة . ويشيع العدوان والاحساس بالاستياء وقد ينتاب المريض الارق والهذيان ، كما يرفض الطعام ويصبح فى حالة اجهاد . وغالبا ما يفقد المريض وزنه بسرعة . ونادرا ما تنتهى حالة الهياج الكتاتونى الشديدة بالموت . ولا يوجد عادة سبب باثولوجى لتفسير الوفاة ، ولكن يقال ان سببها مجموعة اعراض الاجهاد .

فصام البارانويد : تعتبر الهذاءات هى الخصائص الواضحة فى هذا النمط من الفصام والتى غالبا ما تكون كثيرة وغير منطقية وتهمل الواقع . ومن الخصائص ايضا الهلاوس واضطراب التداعى والانفعال والعناد . وغالبا ما تتميز شخصية المريض قبل المرض بافتقارها الى العلاقات الطيبة مع الآخرين ، والبرود والعزلة والتشكك والاستياء كما قد تتميز الشخصية بالعنف وكثرة الجدل والاستهزاء والتهكم من السلطة . ويميل فصام البارانويد لان تظهر صورته الصريحة فى سن متأخرة الى حد ما ، عن انماط الفصام الاخرى . فيحدث غالبا بعد سن الثلاثين ، فتصبح اتجاهات المريض السلبية اكثر وضوحا ، ويشيع سوء التفسير وغالبا ما تكون الافكار الايمائية بين الاعراض الاولى .

ويظهر تفكك التداعي ، كما يظهر كثير من المرضي عدوان انفعالي غير سار . ويبدا ارتباط المريض بالواقع في التفكك . وتكون هذاءاته في البداية محدودة ولكنها تصبح فيما بعد عديدة ومتغيرة . وفي المراحل المبكرة ايضا ، تشير الهذاءات عادة الى الحاجات النفسية أو الخبرات، التي يرغب المريض في مواجهتها . وهذاءات الاضطهاد أكثر الهذاءات حدوثا في فصام البارانويد ، ولكن يشيع ايضا افكار تحقيق الرغبات وتوهم المرض ، ومع زيادة تفكك الشخصية ، تصبح المعتقدات الهذائية اقل منطقية . والتعبيرات اللغوية قد لاتكون ملائمة ومبتكرة . ويكون المريض خاضعا للقوى السحرية الغامضة ، وتصبح تفسيراته غامضة وغير منطقية . وقد تنطلق الميول العدوانية المكبوتة في نوبات شديدة . ويكون كثير من مرضي فصام البارانويد في حالة استثارة ، وعدم رضي واستياء وتشكك ، ويظهرون الكراهية الشديدة والعدوان الذي يصعب مواجهته ، وقد يعيشون في حالة عزلة مريرة . وتحدث عادة الهلاوس السمعية حيث تشير الاصوات في معظم الاحيان الى التهديد والاتهام . وبتطور تفكك الشخصية تصبح الاستجابات الانفعالية أكثر تبلدا ، وتشيع النمطية والتبلد وعدم التناسق .

الفصام الانفعالي : حالات هذا الاضطراب قليلة الحدوث وتتميز بنوبات يظهر فيها خليط من الاعراض الفصامية والانفعالية . فالمحتوى العقلي قد يظهر اهمال الواقع مما يوصف بالفصامية ، بينما يتسم الانفعال بالمرح او الاكتئاب . وفي بعض الحالات قد تكون شخصية المريض قبل المرض شبه فصامية أو من ناحية اخرى منطلقة واجتماعية، ومع ذلك فالخصائص الاكلينيكية للذهان قد لاتتسق مع نمط الشخصية قبل المرض . ويشيع الاكتئاب بين الافراد شبه الفصاميين ، والذين يظهرون القلق بالاضافة الى الاكتئاب واعراض عصابية عديدة . وعادة ما يرفض أولئك المرضى العلاج .

نوبات الفصام الحادة : يتضمن هذا النمط حالات تظهر عليها اعراض فصامية لا تدخل ضمن الانماط التى ذكرناها ، كما يتميز هذا النمط بحدة النشأة . وقد تتضمن الاعراض ارتباك التفكير والاضطراب الانفعالى الذى يظهر فى الحيرة والقلق والافكار الايمائية ومظاهر التفكك. وغالبا ما يوجـــد هياج او اكتئاب . وكثيرا ما تختفى الأعراض خلال اسابيع ، ولكن قد تظهر مرة أخرى . واذا طالت النوبة ، فان الصورة الاكلينيكية تأخذ احد الانماط التى سبق ذكرها .

الفصام المتبقى : يســـتخدم هـــذا المفهوم لوصف حالات بعض المرضي الذين يظهرون اضـطرابات ملحوظة فى التفكير والانفعـال رغم شفائهم من اعراض احد انماط الفصام المحـددة ،ورغم أنهم اصبحوا قادرين على التفاعل فى المجتمع .

مسار الفصام : على الرغم من أن الفصام غالبا ما يحدث فجأة ، الا ان الفحص الدقيق لتاريخ نمو المريض يبين أن هناك كثيرا من دلائل اضطرابات الشخصية فى الســنوات الاولى . ولقـد وجد فى احـدى الدراسات التتبعية أن الأطفال الذين انتابهم الفصام فيما بعد كانوا اكثر الإطفال عرضة للأمراض المعدية اثناء السنتين الاوليين من العمر ، كما كانت مشكلاتهم التى تتعلق بالسمع وصـعوبات الحركة وتشـوهات الجسم اكثر من الأطفال العاديين . وايضا ظهور الســلوك اللا اجتماعى بين الاطفال الذين تعرضوا فيما بعد للفصام . فقد كانوا اطفالاعدوانيين وغير مهذبين ومخربين ، ولقد كانت المخاوف والاكتئاب واتجاهـــات البارانويد تسود بينهم بدرجة اكبر من الأطفال الآخرين .

ومن حيث مسار المرض فانـه يتميز بعـدم الثبات ، ففى بعض الحالات يتطور مسـار المرض باستمرار ، وفى بعض الحالات يكون المرض

منقطعا ، ولكن غالبا ما يتسم مسار المرض بالكمون والانتكاس . والسن الذى ينشأ فيه المرض ليس له دلالة فى مسار المرض ، اما الجنس فليس له دلالة تنبئوية . وحيث ان نشأة المرض فى المراهقة قد تحدث احيانا بعد فقدان علاقة صداقة ، فان الدراسات قد اظهرت ان نوع ومدى علاقات الصداقة لها قيمة تنبؤية بالمرض . ولقد وجد ان المرضى الذين يواصلون مسار التدهور المزمن والدخول فى المستشفى لا يكون لهم فى المراهقة اصدقاء . او يكون لهم اصدقاء قليلون جدا ، كمـــا أن تلك الصداقات نادرا ما تطول ، واذا قطعت فنادرا ما تعود . وعادة ما يكون الصديق اكبر او اصغر من المريض كثيرا ، ونادرا ما يكون هناك تفاعل بين المريض والصديق ، كما ان هذا التفاعل يكون قاصرا على شكل واحد من النشاط . ويلاحظ كذلك قصور فى مشاركة المريض فى الأنشـــطة الاجتماعية . وعادة اذا ما نشأ المرض خلسة وتكشفت فيه الشخصية شبه الفصامية فان التنبؤ بمسار المرض يكون غير حميد . وكلمـا كان تكيف المريض قبل المرض مرضيا وكان المريض قد اعتاد على مواجهـة المشـاكل والصعوبات بثقـــة اكبر ، واهتماماته اكثر تعددا ، والموقف المرسب للمرض اكثر تحديدا ، ونشأة المرض اكثر حدة ، فان مســـار المرض يكون افضل .

ومع وجود خصائص كتلك يكون الشفاء التلقائى بدون مجهودات علاجية امرا شائعا . ووجود عوامل ذهانية او شبه فصامية لدى الأم وعدم الابتعاد عن الاسرة المريضة ، وقلة التنفيس عن المرض فى المجتمع ، كلها متغيرات ثبت ارتباطها بأزمان المرض . كما أن الانعزاليـــة الخلسة يمكن أن تؤدى الى تفكك الشخصية الذى لاشفاء منه . ومسار المرض لا يتأثر بقدرات المريض وتعليمه . وهلاوس اتهام الذات لها قيمة تنبؤية حميدة ، حيث يبدو انها ترتبط برغبة المريض فى تقبل بعض مسئولية

سلوكه . ووجود عناصر من المزاج الدورى تعتبر مؤشرا حميدا بينما لا تعتبر كذلك الهلاوس التي تستمر بعد زوال التوتر الانفعالي . ونادرا ما نتوقع مسارا حميدا مع استمرار الذهان لمدة سنة دون علامات تحسن مؤكدة . وكمون المرض السابق ، يجب ان يؤدى بنا الى ان نتوقع ان النوبة سيعقبها حالة من التحسن . وكلما طالت الفترة بين النوبات كلما كان مسار المرض حميدا .

وجدير بالذكر ان نشير الى مسار الانماط المختلفة من الاضطرابات الفصامية . ففى حالة الكتاتونيا يكون مسار الاضطراب حميدا نسبيا اذا كانت نشأته فجائية والنوبات مازالت حادة حيث يستعيد كثير من هؤلاء المرضي ما كانوا عليه من تكيف قبل الذهان لفترات مختلفة تصل أحيانا لسنوات عديدة . ومسار المرض فى حالة الفصام البسيط مع نشأة الاضطراب خلسة وعدم وجود ضغوط بيئية غير عادية ، يكون ضعيفا . والنمط الهيفرينى من الفصام يميل لأن يتخذ مسار عدم التكامل المتطور ، على الرغم من ان فترات من الكمون قد تحدث احيانا قبل ان تفقد الشخصية تكاملها نهائيا . وفيما يتعلق بفصام البارانويد فانه مما لاشك فيه أنه قد يحدث كمون المرض . وقد ينظر الى هذا على أنه شفاء اجتماعى ، ولكنه نادرا ما يكون شفاء نفسى حيث يكون المريض فى حالة تكيف اجتماعى ، ولا يوجد تشوه للواقع استجابة لحاجات شخصية ، ولكن هناك اتجاهات فظة ومريرة تدل على وجود عملية غير حميدة .

العلاج : علاج الفصام وخاصة فى مراحله الاولى يؤخذ الآن بنظرة أكثر تفاؤلا عما كان يحدث فيما سبق . وعلاج الفصام النموذجى يجب ان يبدأ قبل ان تظهر اعراض الاضطراب النفسي، ولكن هذا نادرا

ما يحدث. وبعد الفحص يجب ان يقرر الطبيب عادة ما اذا كان المريض يجب ان يعالج داخل المستشفى او خارجها . واذا اضطرب السلوك بما يهدد تقبل المجتمع للمريض فانه ينصح بسرعة ادخال المريض المستشفى . وينصح بصورة من صور الرعاية عندما يكون المريض مقيما فى منزل تكون اتجاه الاسرة فيه جداليا او ناقدا او مسيطرا او رافضا . فالعزلة الاجتماعية فى البيت وقلة المهارات المهنية والاجتماعية قد يحسن معها رعاية من المستشفى نهارا او ليلا .

العلاج الفارماكولوجى : لقد اصبحت العقاقير اليوم تقوم بدور كبير فى علاج الفصام ، حيث يفضل اعطاء المريض احد عقاقير مشتقات الفينوثيازينز . ولقد كان الكوربرومازين احد هذه العقاقير التى يفضلها كثير من الاطباء لغالبية المرضى . فيعطى فى حالات الفصام المضطربة البسيطة بجرعة مبدئية من ٢٥ الى ٥٠ مليجرام عن طريق الفم ثلاث او اربع مرات يوميا لعدة ايام للتاكد من تحمل المريض له . وقد يعطى بعد ذلك فى جرعات من ١٠٠ او ٢٠٠ مليجرام ثلاث او اربع مرات يوميا اذا كانت حالة المريض تتحمل هذه الكمية . وقد يعطى كثير من المرضى ٤٠٠ مليجرام يوميا لفترة غير محدودة . بينما يعطى بعض المرضى ١٠٠٠ مليجرام او اكثر يوميا دون ان يكون هناك اى مضاعفات . واذا كان المريض فى حالة اضطراب فعلا ، فيمكن اعطاؤه حقنة فى العضل بجرعة ٥٠ مليجرام او بجرعة ١٠٠ مليجرام كل ثلاث او اربع ساعات . ويعطى عقار الكلوربرومازين لكل انماط الفصام ، ولكنه ذو قيمة خاصة فى علاج المرضى الذين يظهرون التوتر والنشاط النفسحركى الزائد ، والاضطراب والاندفاعية ونوبات العدوان ، والتحطيم واستجابات البارانويد . واعطاء الكلوربرمازين غالبا ما يؤدى الى اختفاء الهلاوس والافكار الهذائية خلال الاسبوعين الأوليين من العلاج ، وكلما طالت مدة المرض

قلت فرصة الشفاء باستخدام الكلوربرومازين . وأفضل النتائج نحصل عليها مع المرضي الذين لم يعانوا من المرض لاكثر من سنتين . وفى هذه الحالة تتوقف النتائج كثيرا على المظاهر الاكلينيكية ، وتكون درجة التحسن كبيرة بين المرضي زائدى النشاط المضطربين ، حيث يصبح من السهل اخضاعهم للعلاج بالعمل أو غيره من العلاج الذى يقوم على النشاط ، والى حدما للعلاج النفسي . وعلى الرغم من أن معظم الفصاميين الزائدى النشاط الذين يكونون قد قضوا فى المستشفى فترات طويلة يظهرون بعض التحسن ، فان نسبة لاتزيد عن ٥ الى ١٠ فى المائة من اولئك الذين يقضون فى المستشفى اكثر من خمس سنوات متواصلة ، يصبحون فى حالة جيدة تكفي لتركهم المستشفى ، وان عددا كبيرا الى حد ما ، قد يعود ثانية الى المستشفي فيما بعد . وقد تستمر الهذاءات والهلاوس ، ولكنها عادة لم تعد تقلق المريض . كما أن المريض النكد التهكمى العدوانى يكون اقل استثارة ويصبح غالبا هادئا ومتعاونا.

ومن بين أنماط الفصام المختلفة ، يبدو أن حالات البارانويد الحادة تستجيب بدرجة افضل ، ويليها حالات الكتاتونيا الحادة . ويتأثر سلوك مرضى الكتاتونيا المزمنة والهيبفرينيا بدرجة اقل على الرغم من أن الافعال العدوانية والاندفاعية تقل عادة باستخدام عقار الكلوربرومازين .

ولقد ذكر أن هناك عقاقير اخرى من الفينوثيازينز ، اكثر فاعلية فى التأثير على بعض أنماط الاضطرابات السلوكية من عقار الكلوربرمازين. فعقار الاستيلازين ، اكثر فاعلية فى حالة الفصامى الذى يتسم بالانعزالية والتبلد والاكتئاب . ويعطى العقار بجرعة أولية ٥ مليجرام ثلاث أو اربع مرات يوميا عن طريق الفم ، تزداد الى ان تصبح ٦٠ ــ ٨٠ مليجرام يوميا.

وهناك الترايلافون الذى يعطى للمرضى الذين يحتمل تعرضهم للشمس، حيث ان استخدام العقار لايصاحبه حساسية ضوئية للجلد التى تلاحظ مع استخدام الكلوربرومازين ومشتقات اخرى . كما أن الميلارل له تأثير فعال كغيره من عقاقير الفينوثيازينز مع احتمال احداثه لمضاعفات جانبية اقل . ويجب الا نوقف اعطاء العقار الا بعد أن تتحسن الحالة جيدا ، على الرغم من ان توقف العلاج لا يؤدى الى تدهور واضح لعدة اسابيع ـ عادة من اسبوعين الى ثمانية اسابيع . ويعتقد كثير من الأطباء ان اى نوبات ذهانية شديدة تترك علاماتها على شخصية المريض ، وعلى ذلك فان العلاج المستمر الطويل المدى من الأهمية بمكان . ومن الممارسة الاكلينيكية يجب ان يستمر العلاج لمدة ١٢ شهرا قبل ان نبدأ محاولة تقليله تدريجيا . وعندما يصاحب الفصام بأعراض اكتئابية ، يعطى المريض احد العقاقير المضادة للاكتئاب من مجموعة ترايسيكليدز .

العلاج النفسي : بالاضافة الى التخلص من القلق وما يصاحبه من اعراض فان المعالج يهتم بوضع نظام للعلاج يتيح الفرصة لنمو شخصية ثابتة متكيفة . ويهتم المعالج خاصة بضعف وحدة الشخصية ووظيفتها، ويحاول ان يؤكد فى معلوماته على نمو المريض وما اذا كانت اوجه القصور هذه ترجع الى نقص خبرات التطبيع الاجتماعى او الحرمان منه او انها نتيجة الانعزالية بسبب الصراع النفسي . ومن الضرورى عند وضع خطة العلاج الاهتمام بالبيئة الاجتماعية التى يعيش فيها المريض وحاجته الى العلاج النفسي . ويجب اتخاذ الاساليب اللازمة لتقوية شخصية المريض من خلال اعادة بناء البيئة حتى يصبح على اتصال باشخاص أصحاء آخرين ، تؤدى علاقاته بهم الى الثقة والأمن والأمل وهى ابعاد لازمة للنمو الصحيح . ويجب أن تؤدى البيئة العلاجية الىزيادة الوعى والادراك بجسمه ووظائفه ، والتى يقوم عليها فهم مقنع وواقعى عن

جسده وافعاله . وبالاضافة يجب ان تمد هذه البيئـة المريض بعالم اجتماعي منتظم يجنبه حتمية الانعزالية . ويجب ان نؤكد ان الإنعزالية تؤدى الى قلة وعى المريض بالمثيرات الادراكية سواء اكانت هذه المثيرات من داخل المريض او خارجه ؛ كما تؤدى الى ان يصبح المريض مشغولا بعمليات تفكير لا تخضع للسيطرة حيث يظهر التفكير الطفلى النكوصى ، والاشباع عن طريق الهلاوس .

وعلى ذلك فاذا كان المريض سيعـالج كمريض خارجى ، فيجب تحديد مواعيد منظمة مع الاعتراف بأن تحسن استبصار المريض لا يتحقق سريعا . ويجب الا يقل تردد المريض على عيادة الطبيب عن مرتين فى الاسبوع وعلى الطبيب ان يساعد المريض ليقـرر ما اذا كان عليـه ان يستمر فى عمله او ينتظم فى مدرسته او يوجه مجهوداته الى اتجـاه آخر ،ويجب أن يحـذر الطبيب مريضه من مضاعفات العقاقير التى توصف له .

ويعتقد كثير من المعالجين ان المشكلة الاساسية للفصامى ليست فى قلقه من الآخرين وما يترتب عليه من انعزالية ، ولكن المشكلة الاساسية خوفه من ميوله العدوانية التخريبية . فعلى الرغم من أن المريض يكون مشغولا ومتشككا وقلقا بسبب الدوافع السلبية التى يحسـها ، فانه يستطيع غالبـاً على الاقل فى المراحـل المبـكرة للمرض ، ان يرتبط بالآخرين . وعلى ذلك يجب على المعالج ان يهتم بمدى استعداد كل مريض لان يقيم علاقات اجتماعية مع الاخرين ، على ان يتاح للمريض الفرصة التفاعل مع جماعة صحية .

وينصح بادخال المريض المستشفى فى حالات الاضطراب الشديدة ، فالمستشفى الجيد لا يحمى المريض فقط من الاسرة او البيئة الاجتماعية

او البيئة المهنية التى تهدده ، ولكنها تمده ببديل صحي يحقق فيه ذاته ، كما تمده بمصادر يحل فيها صراعاته .

ومن الأهمية استخدام وسائل الترويح والعلاج الفسيولوجى لاثارة النشاط الجسمى حتى ينمى المريض تصورا صحيحا ومقنعا عن جسمه . وعلينا محاولة اثارة اهتمام المريض وتوجيهه نحو موضوعات خارج نفسه وفصل انفعالاته عن الموضوعات الشخصية واقامة عادات اجتماعية صحية . ومن بين الوسائل الهامة التى تساعد فى الوصول الى هذه الأهداف ، العلاج المهنى ، والألعاب الترويحية والزمالة المتجانسة ، فكلها تهدف الى تطوير العلاقات مع الآخرين ، والاتصال بالواقع . واقامة علاقة ذات فاعلية مع المريض تكون ضرورية لنجاح العلاج ، على ان تتسم هذه العلاقة بالحرص ، فأى تشكك او اشارة بعدم اهتمام الطبيب تفقد ثقة المريض المتشكك والمنعزل الزائد الحساسية وربما المضطرب . ونادرا ما يقتصر اتصال الطبيب بالمريض على ساعات العيادة ، فيجب ان يكون على استعداد للاتصال به كلما حدثت نوبات شديدة من القلق ، فيجب ان يجد المريض فى المعالج مصدرا للأمن . ويجب ان يكون المعالج على وعى مستمر بسلوكه وما يعنيه هذا السلوك للمريض . وما يحتاجه الفصامى فى العلاج هو المواجهة المستمرة لأحداث الحياة اليومية المشحونة بالانفعال وتعلم طرق التكيف الاجتماعى لتقبلها . ويجب الا نكتفى بتحليل محتوى الهلاوس والهذاءات فقط ولكن نحاول أن نصل الى فهم المواقف التى ادت الى هذا المحتوى .

وفى بعض الحالات يحدث كمون أو شفاء تلقائى ، بينما فى حالات اخرى قد تتحسن حالة المريض بسبب علاقته بشخص آخر ، وهذه العلاقة تعمل كوسيلة اتصال بالواقع .

العلاج الجماعى : لقد ثبت ان العلاج الجماعى له فائدته لكثير من الفصاميين . ويتم هذا العلاج بالاضافة الى العلاج الفردى أو كعلاج قائم بذاته . ويحتمل ان يكون له فائدته للفصاميين الذين يعانون من مشاكل رئيسية فى حياة الجماعة ، ومع اولئك الذين ينتابهم الكف فى العلاج النفسى الفردى .

علاج غيبوبة الانسيولين : لقد حلت عقاقير الفينوثيازين محل علاج صدمة الانسيولين فى السنوات الأخيرة . ونسبة كمون المرض التى تعقب علاج الانسيولين تتوقف كثيرا على مدة المرض . فنسبة الشفاء تزيد كثيرا بين المرضي الذين لا تزيد مدة مرضهم عن ستة اشهر ،وبين أولئك الذين قد يتحسنون دون مساعدة اساليب علاج خاصة . ويندر كمون المرض الكامل بين المرضي الذين يعانون من المرض لأكثر من سنتين . والعلاج بالانسولين والصدمات الكهربائية معا قد ينجح فى الحالات التى يفشل فيها كل منهما على حدة . ويؤدى علاج صدمة الانسولين فى فصام البارانويد الى نتائج افضل مما يحدث فى انماط الهيبفرينيا او الفصام البسيط .

علاج الصدمات الكهربائية : يفضل هذا النوع من العلاج بالصدمات بسبب بساطته وقله مضاعفاته . ولكن يبدو أن علاج صدمات الانسيولين يؤدى الى نسبة شفاء اكبر . ويعتقد كثير من الاطباء ان علاج الصدمات الكهربائية يمكن أن يكون بفاعلية صدمات الانسيولين اذا اعطى لمدة طويلة وبشدة ؛ اى بمعدل عشرين صدمة على الاقل . وتستجيب حالات الهياج الكتاتونى والبارانويد الحادة بدرجة افضل لعلاج الصدمة الكهربائية . والمرضي الذين تنتابهم النكسة بعد مقررين متتالين من العلاج ، يواصلون العلاج بصدمة أو صدمتين اسبوعيا .

واستخدام الصدمة الكهربائية كعلاج متواصل قد توقف الى حد كبير منذ استخدام العقاقير المهدئة .

علاج جراحة الفص الجبهى : لايستخدم هذا النوع من العلاج الا اذا فشلت اساليب العلاج الاخرى . واذا ما استخدمت هذه الطريقة ، فانه يجب استخدامها قبل ان يتطور التدهور الانفعالى . واذا لم يظهر المريض تحسنا بعد سنتين أو ثلاث سنوات من العلاج الفعال الذى يتضمن علاجا نفسيا ، وعلاجا بالعقاقير المهدئةوعلاجا بالصدمات ، فقد ينصح بعلاج جراحة الفص الجبهى . ونحصل على نتائج افضل اذا كانت شخصية المريض قبل ظهور المرض جيدة التنظيم نسبيا .والمرضى الذين يظهرون توترا مستمرا أو نشاطا حركيا زائدا أو مقاومة او شراسة هم اكثر المرضي ملاءمة لهذا العلاج . وفىتلكالحالات قد نتوقع على الاقل أن يحدث تحسن فى تكيف سلوك المريض فى المواقف البسيطة وكذلك فى السلوك الاجتماعى فى المستشفى او فى العمل . ويصبح مستوى الانفعال اكثر قبولا ، كما تقل الميول العدوانية . وعلىايةحال، فاذا تطور المرض واصبح مزمنا وحدث عدم تكامل عام فى الشخصية حيث التبلد الانفعالى وفقدان الاتصال بالآخرين وهذاءات ، فان نتائج العملية الجراحية تكون مخيبة للآمل . وفى الحقيقة ان قليلا جدا من المرضى يمكن مساعدتهم اذا استمر المرض لعشر سنوات أو يزيد . ونادرا ما تكون استجابة فصام الهيبفرينيا حسنة . وعادة ما تكون استجابة الهياج الكتاتونى جيدة ، وكذلك حالات فصام البارانويد .

الاضطرابات الذهانية الانفعالية

اضطرابات نفسية تتميز باضطراب شديد فى الانفعالات ، وتشمل فى معظم الأحيان الاكتئاب والقلق ولكنها تشمل أيضا المرح والهياج ، ويصاحبها اضطراب أو أكثر كالهذاء والحيرة واضطراب الاتجاه نحو الذات واضطراب الادراك . كما يكون هناك ميل شديد للانتحار .

اضطراب الهوس الاكتئابى

يتميز هذا الاضطراب أساسا بزيادة أو قلة كل من نشاط المريض وتفكيره كما ينتابه حالة من المرح أو الاكتئاب . ولقد عرف كرابلين هذا التناقض فى الانفعال بالهوس الاكتئابى ، وقرر أنه مظاهر مختلفة لعملية شاذة واحدة تقوم على محددات فسيولوجية . ولكن من المعروف الآن أن كثيرا من المرضى يظهر استجابات اكتئابية فقط ، دون ان يكون هناك استجابات من المرح ، وقليل من المرضى هم الذين يظهرون كل من الانفعالين بالتبادل .

ويبين شيوع حدوث اضطراب الهوس ـ الاكتئابى بين افراد نفس الأسرة ، ان العامل الوراثى قد يكون احد أسباب الاضطراب . فقد ذكر أن حدوث ذهان الهوس الاكتئابى بين اخوة المرضي تعادل ٢٥ مرة ضعف حدوثها بين المجموع العام . ولقد وجد أن اضطراب الهوس الاكتئابى يحدث بين الطبقات العليا بمقدار ثلاثة أضعاف حدوثه بين المجموع العام . كما يحدث الاضطراب بين الاناث بمقدار ضعف حدوثه بين الذكور تقريبا . ومتوسط السن التى ينشأ فيها المرض عند الاناث اقل منه عند الذكور .

وهناك علاقة ذات دلالة بين المرض والبناء الجسمى البدين . وقد

وجد ان المريض يتسم قبل المرض بالاكتئاب او المرح او الاثارة او دورية الانفعال . وتظهر النوبة الأولى عادة بين سن ٢٠ و ٣٥ سنة . ويذهب بعض الاطباء الى القول بان المرض يتسبب عن طريق اضطراب العمليات الكيميائية الانمائية أو التنظيمية فى الجسم ، بينما يعتقد البعض الآخر ان هذه الاضطرابات التى نلاحظها ماهى الا جزء من الاستجابة النفسية البيولوجية للمريض . ولم يتضح هناك اى عوامل هستولوجية أو بيو كيميائية او بيو طبيعية فى المخ . كما ان رسام المخ لم يتغير عندما ينتقل المريض من طور انفعالى الى آخر .

ويقوم الاعتقاد بأثر العوامل الوراثية والتكوينية فى ذهان الهوس الاكتئابى ، على اساس من الاستجابة لعلاج الصدمات الكهربائية وعقاقير امينودايبنزول المضادة للاكتئاب . فالمرضي الذين يعانون من اكتئاب ذهان الهوس الاكتئابى يستجيبون للصدمات الكهربائية ، والعقاقير المضادة للاكتئاب ، بدرجة افضل من اولئك الذين يعانون من اكتئاب رد الفعل او الاكتئاب العصابى . وتبين ملاحظة ان بعض المرضي فى الطور الاكتئابى من ذهان الهوس الاكتئابى ، يظهرون حالة من الهوس بعد فترة قصيرة من اعطائهم عقار الامبيرامين وغيره من العقاقير المشابهة ، ان العمليات البيولوجية تقوم بدور هام فى حدوث حالات الذهان الانفعالى . ولكن هذه الملاحظات ينقصها التأكيد . ومن نتائج تأثير العقاقير فى الحالات الانفعالية ، والفهم المتزايد لتأثيرها الفرماكولوجى ؛ ظهر افتراض يربط بين تغيرات التمثيل الغذائى فى الكتاكول امين وحالات الاكتئاب او المرح . وتلك العقاقير التى تنشط مفعول النورابينفرين فى المخ تثير ايضا تعبيرات سلوكية ظاهرة وتعمل كمضادات للاكتئاب . بينما تؤدى تلك العقاقير التى تقلل من نشاط النورابينفرين او تقلل منه ، الى الهدوء والاكتئاب . ولقد ذكر أن بعض حالات الاكتئاب ، وربما كلها ، تصاحب الكتاكول امينز

وخاصة النورابينفرن عند مواضع المستقبلات فى المخ ، بينما يصاحب زيادة هذه الأمينز حالات سلوكية من المرح . وتهـدف كثير من البحوث الآن الى التعرف على العوامل البيولوجيـة للحالات الانفعالية . وكما ان العوامل الوراثية والتكوينية اثرها فى ظهور اضطراب الهوس الاكتئابى فان للعوامل النفسية دورها ايضا ، فصعوبة التكيف للتغيرات البيئية ، وعدم الامن الاجتماعي او الاقتصادي تؤدي الى ظهور الاضطراب .

الصورة الاكلينيكية : يمكن تصنيف الهوس الاكتئابى الى ثلاثة انماط. النمط الهوسى والنمط الاكتئابى والنمط الدورى . ورغم ان الاضطراب يتخذ صورة نوبات يفصلها فترات من الشفاء ، فان الشخص قد يعانى من نوبة واحدة ، أو ان الاضطراب قد يظهر بصورة مستمرة .

النمط الهوسي : فى هذا النمط من الاضطراب يتسم تكوين شخصية المريض قبل المرض بالرضى عن نفســه ، وبالثقــة بالنفس والعــدوان والانبساط ، ويميل لان يبدد طاقته فى عديد من الاهتمامات ، كمايتميز اتجاهه الانفعالى بالتعبير والاستجابة . ويسبق نوبة الهوس عادةاكتئاب بسيط لمدة قصيرة ، لاتستمر الا بضعة ايام . ويتبع هــذا الاكتئــاب البسيط ابتهاج او اثارة بسيطة . واحيانا تبقى النوبة فى صورةمخففة وتعرف بالهوس البسيط .

وفى حالة الهوس البســيط يتســم المريض بخفة الروح واللطافة ، والرضي عن الذات والثقة بالنفس والطاقة التى لاحدود لها . كما يكون فياضا فى عواطفه وافكاره ، ولا يلتزم غالبا فى حديثه واخلاقه بالتقاليد ويكون محبا لذاته ويتفاخر بطفلية ولا يتحمل النقد. كمايكون ذلق اللسان

وعدوانيـا وثرثارا ويحب الجدال ، وينفق نقـوده باسراف حتى انه قد يرهن ممتلكاته . ويتحدث كثيرا عن خطط طموحه ، ويبدا فى مشروعاته التى سرعان ما يفشل فيها او يهجرها . وتتميز احاديثه بسرد الأحداث والظـروف والاجتماعات مع الآخرين ، ولكنها نادرا ما تحتـوى عبارات عما تتضمنه من معان انفعالية أو عن تقييمه الشخصي للعلاقات بينه وبين الآخرين . ويسهل تشتيت انتباهه غالبا ، ويكون مجرى تفكيره عرضـة للشرود ، وعمليات التفكير سريعة . ويشيع تذبذب الانفعال الفجائى ، فبينما يكون المريض فى شدة ابتهاجه اذ به يندفع فجأة الى البكاء ويعبر عن بعض الافكار الاكتئابية ولكن يعود لمرحه ثانية بعد لحظة . وقد يتغير بسرعة من حالة الاستثارة الى حالة الهدوء . والمريض بالهوس البسيط يعمل بطاقة وبحماسة كبيرة ولكنه يكون متقلبا ، وغالبا ما يكون فضـوليا ومتطفلا ، بحيث يزعج من حوله . ويناقش الغرباء بدون تحفظ فى اموره الخاصة . والمريض بالهوس البسيط غالبا ما يكون شبقيا .

وعنـدما تتطـور حالة الهوس يتسـم المريض بالحماسـة والمرح الشـديد . كما يتميز ايقاع الشـخصية بالسرعة . ويظهر هذا فى تفكير المريض وسلوكه عامة . فيأخذ فى الغناء والرقص والصـفير والابتهاج الى حد الازعاج . ويثير مرحه افكارا عن العظمة ، وربما هـذاءات عابرة عن الثروة والقوة . وقد يتخـلل الابتهـاج ، الغضب والاسـتثارة وحتى الشراسـة اذا رفض للمريض طلب . وقد ينشـأ اتجاه من البارانويد ، حيث يوجه المريض الشتائم الى الشخص الذى قد يحس نحوه بالاستياء . والمرضى بهذه الانفعالية المضطربة غالبـا ما يكونون متعجرفين ويميلون للانتقام والتهكم . وقد يبدون فى حالة ابتهاج عندما يعبرون عما يحسون به من عدوان وكراهية . ويتميز مجـرى التفكير بسرعة تداعى الافكار . وغالبا ما يتكلم المريض بنطق واضح وقوى ، وبلهجة تأكيدية مع تغيير شدة

صوته فى معظم الاحيان . ويدل اسلوبه فى التعبير على العظمة ، وقد يتخذ حديثه الأسلوب المسرحى الحماسي . وعندما تنتقل حالة الهوس البسيط الى حالة الهوس الحاد ، يتطور ضغط الكلام الى تطاير فى الافكار ولكن هذه الافكار تكون محدودة حيث ينشغل المريض بالألفاظ دون المعانى . وغالبا ما تتضمن أفكار المريض المحدودة هذه ملاحظات عن دوافعه اللاشعورية .

ومن حيث النشاط النفسحركى يتميز المريض بالنشاط الزائد فيغنى ويصيح ويتظاهر باتجاهات تمثيلية . وينام المريض قليلا دون ان يظهر عليه التعب . ويتحمل الجروح التى لا يعطيها اى اهتمام والتى لا يسمح بعلاجها . ونادرا ما يمتنع المريض عن تناول الطعام . ولكنه فى حالة الاثارة العادية ، قد يبتلع كميات كبيرة من الطعام دون مراعاة لآداب تناول الطعام . ويقوم المريض بتزيين نفسه بالحلى والشارات والميداليات . وأحيانا يمزق ثيابه الى شرائط ويأخذ فى تزيين نفسه بها بطريقة مضحكة .

ويتميز انتباه مريض الهوس بالاضطراب الشديد عادة ، فالضوضاء والانشطة التى تحيط به تشتت دائما انتباهه . وأحيانا يفشل فى التعرف على الآخرين ، فيتعرف على الشخص الغريب وكأنه معروف له من قبل ، وذلك بسبب ملاحظته لبعض أوجه الشبه ، بينما لا يستطيع التعرف على أوجه الخلاف . ويبقى المريض على وعى جيد ، ولكن قد يخطىء المريض أحيانا فى وعيه ببيئته بسبب تشتت الانتباه . وقد تحدث الهلاوس فى حالة الهوس ، ولكنها غير شائعة وتكون عادة فى صورة خداعات . وعلى الرغم من أن الهذاءات ليست أعراضا واضحة ، فانها غالبا ما تحدث ، وتكون عادة ذات طبيعة محققة للرغبات كما تكون عابرة وغير منتظمة . كما ان الافكار الاضطهادية ليست نادرة .

وتبدو الحالات البسيطة فى صحة جسمية جيدة . فالعيون ناضرة ، والوجه مورد والراس مرفوع ، والخطى سريعة ووزن الجسم قد يكون زائدا . وفى حالة الهياج الشديد قد يفقد المريض من وزنه بسبب ما يفقده من طاقة . وفى حالات النشاط الزائد قد ينتاب المريض عادة حالة من الجفاف . وأى تلبد فى شعور المريض الذى يعانى من الهياج الشديد ، يجب ان تؤدى الى توقع وجود مضاعفات من العدوى .

النمط الاكتئابى : على الرغم من ان نسبة كبيرة من نوبات الاكتئاب يسبقها نوبات من الهوس ، فان بعض حالات ذهان الهوس الاكتئابى تقتصر نوباتها على الاكتئاب . وفى تلك الحالات نلاحظ غالبا نمطا مميزا من الشخصية يتسم به المريض قبل الاضطراب ، حيث يكون شديد الحياء وغير فضولى وودود مع الاحساس بعدم الامن والاعتماد الزائد على الآخرين . ويظهر عدد ليس بالقليل من هذه الحالات الحساسية وتأثره بالاستجابات الانفعالية . وكثيرون يتميزون بالشكوك وجمود المعايير الاخلاقية والآداب وبلوم الذات والحساسية للنقد . كما يتسم كثير منهم بالتردد وعدم الشجاعة وخشية المواقف ومع ذلك يسعون ويحرزون نتائج طيبة . وفى معظم الاحيان يبدو أن حاجاتهم الانفعالية الشديدة هى الحب والاحترام والانتمائية .

وكما ذهبنا الى تقسيم الهوس الى هوس بسيط وحاد وهذيانى يمكننا كذلك تقسيم الاكتئاب الى اكتئاب بسيط وحاد وذهولى . ففى حالة الاكتئاب البسيط يفقد المريض الثقة فى نفسه كما يفقد طعم الحياة ويشعر بعدم الأهمية والاجهاد ويظهر نفورا متزايدا للنشاط ، ويرغب فى ان يترك بمفرده ، ويجد صعوبة فى القيام بواجباته العادية . وينتابه الشكوك والمخاوف ، ويظهر قلقا دائما على أسرته ، ويردد انه لم يقم بما

يجب لتامين مستقبلهم وقد يصعب عليه التفكير ، ويصبح محتوى الافكار قاصرا على قليل من الموضوعات . ويكون الكلام التلقائى محدودا ، وتتأخر الاجابات عن الأسئلة وتكون مختصرة . ويميل المريض الى عدم الافصاح عن أفكاره الخاصة ، ولا يسعى للاتصال بالآخرين كما قد يظهر اصرارا على عدم مقابلتهم . وقليلا ما نواجه مرضى يتسمون بالنكد والاستثارة والحساسية ، والعناد وعدم المبالاة بالآخرين . كما يتسم البعض بعدم الرضي والبحث عن اخطاء الآخرين . ويظهر آخرون الكراهية الصريحة والغضب .

وهناك حالات من الاكتئاب البسيط تكون فيها الشكوى من مرض جسمى اكثر الاعراض وضوحا ، الامر الذى قد يخفى حالة الاكتئاب . فلا يوجد فقط نقص الوزن واضطراب النوم وفقدان الشهية التى نلاحظها فى حالات الاكتئاب ، ولكن ينتاب المريض افكار مختلفة من توهم المرض . فيشعر بالضعف والاجهاد ، ويعلق على الامور البسيطة ويعانى من الصداع وربما من اضطراب فى القلب او المعدة . وعلى ذلك يعتقد ان الاضطراب الحقيقى اضطراب جسمى وان اضطرابه نتيجة لسوء صحته . ولكن فى الحقيقة ، يكون المرض الجسمى تبريرا لاكتئاب انفعالى اولى .

وفى حالة الاكتئاب الحاد تتطور أعراض الاضطراب ، فنلاحظ انحناء الجسم وانثناء الراس وجمود الوجه وتجاعيد على الجبهة . وقد يعترى الوجه تعبير مضطرب وحائر . ويفقد المريض وزنه ويبدو عليلا . وينقص افراز العرق وغيره من الافرازات . ويقل التوتر العضلى وينتاب المريض الامساك ، وتقل الرغبة الجنسية ، وغالبا ما ينتاب المريض العنة ، ويضطرب نوم المريض ، وعلى الرغم من ذهاب المريض الى فراشه فى ساعة متاخرة الا انه

يستيقظ مبكرا . وينتاب كثيرا من المرضى الخوف الشديد او الاحساس بتوقع الكوارث ، الامر الذى يصاحبه عادة اتجاه بالاستسلام لهذا المصير . ومع الخوف الشديد قد يتلبد الشعور وينتاب المريض الارتباك .

والاكتئاب الذهولى اشد حالات الاكتئاب حيث لا يوجد اى نشاط حركى تلقائى ، فيلزم المريض فراشه ولا يتحرك ولا يتكلم ولا يأكل ، ويضطرب نومه ، ولا ينتبه الى حديث او الى اى شيء مما يحيط به ، كما يتلبد شعوره ويكون المريض شديد الانشغال بأفكار عن الموت وهلاوس تشبه الاحلام . ووجه المريض اما يشبه القناع او يتميز بالجمود والقلق ويحتاج كثير من المرضي الى التغذية بطريقة الانبوبة كما ان بعضهم لا يحافظ على نظافته .

النمط الدورى : رغم ان النوبات التى يعانى منها بعض المرضى تكون دائما اما نوبات من الهوس أو نوبات من الاكتئاب ، فان بعض المرضي قد يعانى من نوبات متبادلة من الهوس والاكتئاب . كما تكون النوبات متلاحقة أو بينها فترات طويلة أو قصيرة يتحسن فيها المريض .

مسار المرض : لقد ذكر ان مسار المرض يكون جيدا عادة فى حالة حدوث نوبة واحدة ، ولكن من الواضح ان تكرار النوبات من الامور الشائعة . ومن خصائص ذهان الهوس الاكتئابى انه لا يترك عادة بعد الشفاء منه تغيرا فى ابعاد الشخصية وانها تستعيد تكاملها . ولكن احيانا وبعد سلسلة من النوبات يترك المرض اضطرابا فى المباداة والحكم ويصبح الشخص اقلّ قدرة على مواجهة امور الحياة اليومية .

والسن الذى تحدث فيه غالبا أولّ نوبة من الهوس يكون ما بين

٢٠ و ٢٥ سنة بينما تحدث اول نوبة من الاكتئاب فى سن الخامسة والثلاثين تقريباً . وكلما حدثت النوبة مبكرا لكل من الهوس والاكتئاب كان مسار المرض سيئا حيث تحدث نوبات أخرى . واذا كانت النوبة الأولى من نمط الهوس ، فانها تتكرر فى معظم الأحيان ، واذا كانت النوبة الأولى اكتئابا فانها قد لا تتكرر . ولقد اوضحت بعض الدراسات الحديثة ان مسار المرض يكون سيئا عندما تكون العوامل المرسبة خارجية ، عنه عندما تكون العوامل داخلية . وسمات شخصية المريض قبل الاضطراب تؤثر على مسار المرض منحيثمدته ونتيجته . فاذاكان المريض قبل مرضه يتسم بالمرونة والتحمل والمسالمة وله اهتمامات شاملة ومتنوعة مع الاحساس بالأمن ، فان مسار المرض يكون جيدا . وبتقدم السن تميل النوبات لأن تكون نوبات اكتئاب أكثر منها نوبات هوس .

وتختلف مدة نوبات الهوس الاكتئابى . فمتوسط مدة نوبة الهوس التى لا تعالج قد تكون ستة أشهر بينما تكون مدة نوبة الاكتئاب تسعة أشهر . وهناك ميل لان تزيد مدة الاكتئاب بتقدم السن . وكثيرا ما ينتهى الاكتئاب بحالة من الهوس البسيط لمدة قصيرة . وكلما كثر تكرار النوبات كلما كان مصير المرض سيئا . ويزداد احتمال ازمان الاكتئاب اكثر من الهوس . ومصير المرض يكون سيئا فى حالة الاكتئاب الذى يتميز بتوهم المرض الانعدامى وخاصة اذا كان مصحوبا بالقلق .

العلاج : لعلاج الاكتئاب البسيط يفضل الآن أن نبدأ بأحد العقاقير المضادة للاكتئاب،وعادة بأحدمشتقات الامينودايبنزول. ومن هذه العقاقير التوفرانيل الذى اثبت فاعليته . ويعطى التوفرانيل عن طريق الفم فى جرعات من ٧٥ الى ٣٠٠مليجرام يوميا ، مع اعطاء المهدىء الملائم للارق . ويظهر اثر التوفرانيل عادة فى فترة من ٣ الى ١٤ يوما من بدء العلاج .

ويمكن استخدام احد عقاقير المونوامين اكسيديز الكافة . ويظهر التحسن فى استجابات اتهام الذات وتوهم المرض ، والنوم وزيادة النشاط والاهتمام بالحياة الاجتماعية . وكثير من مرضي الاكتئاب البسيط قد يواصلون العمل مع تناول العلاج بالعقاقير المضادة للاكتئاب . واذا لم يحدث تغير ذو دلالة فى خلال أسبوعين من استخدام علاج العقاقير ، يجب اعطاء عقار آخر ربما من عقاقير المونوامين اكسيديز الكافة أو يجب بدء العلاج بالصدمات الكهربائية دون تأجيل . وفى الحالات الأكثر شدة حيث يكون البطء النفسحركى بالدرجة التى تعوق الانشطة المهنية العادية للمريض ، فان الحاق المريض بالمستشفى أمر مفضل حيث لا ينصح بالعلاج فى المنزل الا اذا توفرت رعاية جيدة من التمريض . ومع هؤلاء المرضى يفضل برنامج يومى حافل . ويجب الا يتطلب هذا البرنامج التلقائية أو التركيز الشديد أو النشاط العنيف . وقد يتضمن البرنامج أعمالا يدوية ، والمشي والقراءة والالعاب والانشطة الاجتماعية والترويحية وتشجيع القدرات والاهتمامات الخاصة .

وفى حالة الاكتئاب الحاد يصبح الحاق المريض بالمستشفى امرا ضروريا . ويؤدى علاج الصدمات الكهربائية الى تحسن معظم الحالات تقريبا . وتعطى الصدمات الكهربائية ثلاث مرات اسبوعيا . ومع كثير من المرضى تكون عشر صدمات او اثنتى عشرة صدمة ذات فاعلية ، بينما يحتاج آخرون الى عشرين صدمة . واذا كان المريض فى حالة اضطراب شديد ، فقد يستخدم الكلوربرومازين سواء بمفرده أو مع العقاقير المضادة للاكتئاب او مع العلاج بالصدمات الكهربائية وذلك لتاثيره المهدىء . ويجب الا يعطى الرزربين حيث أن هذا العقار غالبا ما يزيد من الاكتئاب .

ومن الاهمية بمكان ان يعطى مريض الاكتئاب غذاء ذا محتوى عال من السعرات الحرارية . ويفضل عادة أن يعطى لبنا او غذاء اضافيا بين الوجبات الغذائية ، ويجب الا يسمح بعدم تناول الطعام لأكثر من أربع وعشرين ساعة . ويحسن ان يطعم المريض الذى نلجأ الى اطعامه بالإنبوبة ، ثلاث مرات يوميا . واحيانا يجد الطبيب ان المريض لم يتناول طعاما كافيا أو ماءا لفترة قبل ان يلتحق بالمستشفى . كما يلاحظ أن لسانه فى حالة جفاف ومغلف ، وان رائحة تنفسه كريهة ، كما يبدو المريض فى حالة جفاف . وفى هذه الحالة يجب ان نبذل محاولات لحمل المريض على تناول كميات وفيرة من السوائل . ويجب الاهتمام فى حالة الاكتئاب الذهولى بعملية الاخراج .

ويجب الاهتمام بخطورة الانتحار فالانتحار يكثر بين المرضي الذين يظهرون التوتر والقلق . كما ان تاريخ الانتحار فى الاسرة يزيدمناحتمال ان ينهى مريض الاكتئاب حياته وعادة ما يكرر المريض محاولة الانتحار الفاشلة السابقة .

ومن بين العلامات المبكرة الدالة على الشفاء عودة الثقة فى النفس والمبادأة . كما يجب ان يكون هناك تزايد تدريجى فى المساهمة فى الأنشطة المهنية والترويحية . ويجب أن يعفى المريض من ضرورة اتخاذالقرارات حتى يتحسن ، والا نشجعه على استئناف الواجباتوالمسئولياتالعادية مبكرا . وأن يبقى المريض فى احدى المؤسسات حتى يمر مندورالنقاهة. وعلينا ان نتذكر أن المريض قد يحاول الانتحار اثناء فترة النقاهة ولهذا يجب أن يكون هناك اشراف دقيق اثناء تلك الفتره .

ولعلاج حالة الهوس نجد انه يمكن السيطرة على النشاط الزائد للمريض باستخدام الفينوثيازين ويفضل عقار الكلوربرومازين . واذا

اظهر المريض نشاطا زائدا فقد يعطى علاجا بالصـدمات الكهربائية بمعدل مرتين يوميا لثلاثة ايام او اربعة . وقد يؤدى هـذا الى ارتباك واضـح ، وعندئذ يجب تقليل الصدمات الى ثلاثة فى الأسبوع .

ولقد ذكر ان السـيطرة الفعالة على الهـوس المزمن الذى يعاود المريض ، قد تتم عن طريق اعطاء المريض كبسـولة ٣٠٠ مليجرام عن طريق الفم من كربونات الليثيوم من ٤ ـ ٧ مرات اسـبوعيا . ويكـون العلاج بالليثيوم ذا فاعلية فى حالة المرضى الذين لا يستجيبون لعقاقير الفينوثيازين والصدمات الكهربائية ، وله قيمة ايضا اذا اعطى باستمرار فى اخماد طور الاكتئاب فى حالة النمط الدورى . وبسبب مضـاعفاته التسـممية لوظيفة الكلى ، فانه يمنع اذا كان هناك اضـطراب فى وظيفة الكلى أو فى حالة مرض القلب والصرع والمتقدمين فى السن . وأكثر مضاعفاته شيوعا ارتعاش بسيط فى اليدين . ويجب أن يوقف اعطاء العقار اذا حـدث اسـهال أو قىء ، او اذا كان الارتعاش شـديدا ومصـحوبا بالتثاقل ، واختلاج الحـركات الارادية والـدوار . كما أن العطش وكثرة التبـول اعراض تسممية أخرى .

ولقد اسـتخدم العـلاج النفسى بنجاح فى عـلاج حالات الاكتئاب والهوس البسيطة . وبذلت محاولات باستخدام التحليل النفسي ، فوجد انه يصعب اخضاع مريض الاكتئاب أو الهوس لأسـلوب عملية التحليل . ولهـذا ادخل اسـلوب جديد من التحليل النفسي وثبت فائدته فى بعض الحالات .

وينصح عند علاج حالات الاكتئاب الا يزيد عدد المقابلات عن مرة او مرتين اسبوعيا . فالاكثار من المقابلات بما تتطلبه من انتاجية تزيد من خجل المريض واحساسه بالذنب ، بسبب المعايير الشخصية العالية التى

يضعها مريض الاكتئاب لنفسه . وحيث ان المريض لا يستطيع مواجهة المطالب التي يحس ان المعالج يتطلبها ، فان دفع المعالج فى هذا الشأن يثير احساسات من الكراهية والخجل ، كما ان المريض يكون فى حاجة الى ان يبتعد عن الشعور بالذنب الذى يرجع الى كبت غضبه بسبب اكتئابه . وعلى ذلك ، اذا ذكر المريض حوادث يبدو انها تؤدى الى غضبه ، ولكنه لايفصح عن أثرها الانفعالى ، فعلى الطبيب أن يوضح تلك الاحساسات ويبين علاقتها بالأشخاص الآخرين المتضمنين فى الموقف . وبهذه الطريقة يتخلص المريض من عبء التعبير عن غضبه ولا يتعرض للشعور بالذنب الذى يتبع التعبير عن الانفعالات المنوعة . وبهذا المدخل التفسيرى المرن يمكن التخلص من الاكتئاب احيانا .

ويقترح بعض المعالجين أن من الأفضل ان نحث مريض الاكتئاب على ان يركز على خبرة حديثة ، عن ان ندفعه الى استدعاء حوادث سابقة وخبرات شخصية فى حياته لها اثر على اعراضه الاكتئابية . وتفيد احلام المريض غالبا فى التعرف على الارتباطات العميقة التى تؤدى الى فهم واضح للرغبات والصراعات الأساسية .

الذهان الانتكاسي

تميل الاضطرابات الذهانية الانتكاسية لأن تقع فى نمطين ، يتميز احدهما الى حد كبير بالاكتئاب ، بينما يتميز الآخر بالأفكار الاضطهادية . ويجب الا نعتبر الاكتئاب الذى يحدث فى فترة الانتكاس ، اكتئابا انتكاسيا اذا كان هناك تاريخ سابق من اضطراب الهوس الاكتئابى . فعلى الرغم من خاصية الاكتئاب المشتركة بين كل من اكتئاب اضطراب الهوس ـ الاكتئابى والاكتئاب الانتكاسى ، الا ان هناك عوامل فسيولوجية ونفسية خاصة يتميز بها الاكتئاب الانتكاسى . وكل من اكتئاب اضطراب الهوس الاكتئابى والاكتئاب الانتكاسى والاكتئاب العصابى ، يشترك مع استجابة الحزن العادية فى انه يظهر عندما يشعر الشخص بالضياع . وهذا الضياع قد ينشأ بسبب موت شخص محبوب او الانفصال عنه او بسبب اضطراب أحد وظائف الجسم الهامة ، أو عدم تحقيق مكانة اجتماعية أو اقتصادية مرغوب فيها . وقد لا يتضح هذا بالفحص العارض ولكن يتكشف بالدراسة المتعمقة .

الاسباب

١ ـ **عامل السن :** تحدث الاضطرابات الذهانية الانتكاسية غالبا بين الاناث أثناء السنوات الاخيرة من الاربعينات ، وبين الذكور أثناء السنوات الاخيرة من الخمسينات . ففى هذه الفترة يبدأ النشاط الوظيفى للغدد الصماء والغدد التناسلية يقل الأمر الذى يصاحبه تغيرات كبيرة فى انشطة التمثيل الغذائى والانشطة الانمائية فى الجسم ، غير ان هذه التغيرات ليست ذات اهمية كبيرة فى حد ذاتها كالآثار النفسية التى تحدثها . فالتهديد الذى يحدثه فقدان الوظائف البيولوجية الهامة للشخصية وعملية التقدم فى

السن وما تدل عليه ، قد يكون لها اكبر اثر فى اضطراب الشخصية مما تحدثه التغيرات التى تحدث فى الغدد الصماء . فترة الانتكاس فترة ضغط نفس فسيولوجى ، فترة قد يؤدى فيها التهديد المتزايد للشخصية غير الآمنة الى اظهار القلق والاكتئاب واستجابات البارانويد .

٢ ـ **العوامل النفسية** : لقد وجد فى عدد كبير من حالات الاكتئاب الانتكاسية ان هناك نمطا معينا من تكوين الشخصية والعادات الحياتية . فعادة ما يكون المريض قلقا فى طفولته مع عدم الشعور بالامن . وغالبا ما يبين فحص شخصية المريض قبل المرض انها تتسم بالوساوس والكف مع ميل الى الهدوء وعدم الفضول والجدية والقلق وعدم التحمل والكتمان والحساسيةوالامانة. وعادة ما تتميز الشخصية ايضا بالمعايير الصحيحة الجامدة ، ونقص الاحساس بالمرح والضمير الحى ومعاقبة الذات . كما يتسم أولئك الأشخاص بالبساطة والخضوع والحساسية لانفعالات الآخرين . كما لا يتسم اولئك الأشخاص بالكبرياء ، بل على النقيض يقللون من قدرهم الذى غالبا ما يتميز بعلو المكانة . وتتميز الشخصية قبل الذهان بالجمود الذى يمثل دفاعية عصابية ، والافراط فى الدقة ، ويكون لديهالاستعداد للشعور بالذنب . وكثير من مرضى الاكتئاب الانتكاسي يتميزون قبل المرض بطمس الذات والتضحية بها ، كما يكونون فى حاجة شديدة الى تقبل الآخرين لهم .

ومما لاشك فيه ان الاكتئاب الانتكابى ينشأ من عصاب كامن منذ السنوات المبكرة من الحياة فغالبا ماتكون حياة المريض مكبوتة أو غير مشبعة . كما تكون اهتماماته قليلة ، وعادلته رتيبة ، ولا يهتم بالترويح

ولا يبحث عن المتعة ، ولا يكون له الا قليل من الأصدقاء . وغالبا مايتسم المريض قبل مرضه بكونه معاونا مخلصا مدققا أكثر منه قائدا يتسم بالثقة والعدوان . وكثير قد كانوا أشخاصا يتسمون بالتململ والنكد والخوف . كما كان آخرون يتميزون بالحرص أو التردد .

٣ ـ العوامل الاجتماعية : السن التي ينشأ فيها الذهان الانتكاسي سن لم يعد من السهل التكيف فيها للمواقف والظروف الجديدة . وربما لم تأت الحياة بالنجاح او الاشباع الذى كان يأمل فيه الشخص . وفى فترة الانتكاس هناك ادراك بأن الاحلام والرغبات السابقة لا يمكن تحقيقها الآن ، وان قمة المجد قد مضت وان الطموح قد اخذ يتضاءل . وحقيقة أن الفرصة لم تعد تتاح لاصلاح الاخطاء السابقة أو احراز نجاح جديد ، تؤدى الى الاحساس بالاحباط وتزيد من الشعور بعدم الأمن . وفى حالة الاناث قد تكون الوحدة أو الخوف من فقدان الجاذبية الجسمية عاملا مؤثرا . وربما اخذ الاصدقاء يموتون أو ان الاطفال الذين وهب الشخص حياته لهم قد تركوا المنزل وأصبحوا مشغولين بحياتهم الخاصة . كما قد يشعر الشخص بأنه لم يعد مرغوبا فيه . وفى بعض الحالات يشكل الآباء المسنون مشكلة ، فبعد أن كانوا مصدرا للامن فيما سبق فانهم قد اصبحوا الآن فى حاجة لمن يعتمدون عليه . واعتزال العمل له تأثيره حيث يعنى ترك الاهتمامات ونقص الطاقة النفسية . واحيانا يكون للضغط الاقتصادى الحقيقى أو احتمال الاعتماد على الآخرين اثره . وقد يكون انهيار الأسرة أو فقدان المكانة أو موت احد المقربين من العوامل المؤثرة الاخرى .

الصورة الاكلينيكية للاكتئاب الانتكاسي : كما فى كل حالات الاكتئاب فان المكون الرئيسى فى الاضطراب هو الحالة الانفعالية غير السارة حيث

يشعر المريض بالأسى والحزن ، كما ينتابه القلق والشعور بالعار والذنب .
وبالاضافة الى هذه الانفعالات هناك الاحساس بالعجز والتقليل من تقدير الذات مع الكف الشديد للشخصية .

وغالبا ما يسبق أعراض الذهان فترة من عدة اسابيع أو بضعة أشهر يظهر المريض خلالها اتجاهات من توهم المرض والاثارة والنكد والتشاؤم ، كما يعاني من الارق ، وربما يكون شكاكا وينتابه الفتور وفترات من البكاء . ولا يستطيع المريض تركيز انتباهه ، ويظهر الشك والتردد . وغالبا ما تكون اهتمامات المريض قليلة ويميل الى الابتعاد عن البيئة . ويشكو المريض من احساس بالضيق وفقدان الشهية ونقص الوزن ، ويكون قلقا على صحته أو ثروته ، ويتسم بالخوف وعدم الاستقرار . وتتميز الحالة النموذجية للاكتئاب الانتكاسي بالاكتئاب والقلق والاضطراب وتوهم المرض وهذاءات الذنب والخطيئة وعدم القيمة والمرض والموت . ويصبح مظهر المريض متسما بالبؤس . ويزداد الخوف والاضطراب فيلوى المريض يديه ويهتز الى الأمام والى الخلف ، وينبش فى وجهه ويقضم اظافره ، ويمزق ثيابه . كما ينوح المريض ويردد بصوت يتميز بالأنين « لماذا فعلتها ؟ ، يا الهى ماذا سيحدث لى ؟ » أو يردد اى تعبير رتيب آخر يدل على فقدان الامل والضيق الانفعالى . وقد يوجه المريض التساؤلات الى الاطباء والممرضين باستمرار ، كما يكثر من الشكوى وطلب القيام بمساعدته او عدم الابتعاد عنه . ويظهر بعض مرضي الاكتئاب الكراهية . ويعتبر المريض نفسه مسئولا عن مصير الآخرين ، وأنه قد تسبب فى اصابة اسرته بالعدوى وجلب العار لها أو تسبب فى ايذائها . ويتوقع المريض انه سيقتل ، ويردد أنه يستحق هذا المصير ، وينتظره بخوف شديد ، ويرجو رحمة الله . كما ينتاب المريض حالة من التناقض بين الرغبة فى كل من الموت والحياة .

وقد تحدث هلاوس ولكنها اقل حدوثا من الخــداع ، فيسـمع المريض استعدادات لتعذيبه . ويبقى الشـعور صافيـا ، كما يحتفظ المريض بوعيه على الرغم من انه فى بعض الحالات يكون الاندماج فى الانتباه شديدا حتى أن المريض قد يبدو مرتبكا ولا يكون على اتصــال جيد بما يحيط به .

ويظهر بعض المرضى الحيرة ، وقد يوجد فقـدان الذات ويرفض المريض الطعام غالبا بسبب الرغبة أحيانا فى الموت أو بسبب انكار واتهام الذات حيث يعتقد المريض انه لايستحق الطعام ، وقد يرفض المريض الطعام ايضا بسبب الاعتقـاد فى أن الطعـام مســم أو بسبب الافكار الانعدامية حيث يعتقد المريض فى ان معدته أو امعاءه لاتوجد . ولايوجد اضطراب نفسى آخر تشيع فيه محاولات الانتحار كما تشيع فى الاكتئاب الانتكاسي مع تكرار محاولات الانتحار غير الناجحـة . ويفقـد المريض وزنه ، وفى الحالات الشديدة يصبح فى حالة جفاف خطيرة . ويعترى اليدين عادة برودة وزرقة ويسرع النبض ويكون التنفس غير عميق . وينتاب المريض حالة امساك ويقل البول .

وهناك حالات اخرى من المرضي اقل اضطرابا ، حيث يبدو المريض فى حالة تشاؤم وفقدان الامل ، كما يعانى من فقـدان احترام الذات . ويبدو فى حالة عزلة وتبلد ، ويتميز ببطء الكلام والتفكير . وقد يعانى المريض ايضا من الهذاءات التى تعكس الشعور بالذنب والعار . ولكن لايوجد الاحســاس بالعجز والاضـطراب وتوهم المـرض ، والاعراض الجسمية من ارق وفقدان الشهية والامساك ، او تكون اقل وضــوحا عما يظهر فى الحالات شديدة الاضطراب . ويكون تكيف المريض قبـل المرض تكيف شخصية قهرية ، وتظهر حالة الاكتئاب نتيجة لمرض جسمي أو لتقدم السن .

مسار المرض : قبل استخدام علاج الصدمات الكهربائية ، كانت نسبة الشفاء من اضطراب الاكتئاب الانتكاسي ٤٠ فى المائة تقريبا. وكان دور النقاهة بطيئا ، فغالبا ما كان يمتد لسنتين او لثلاث سنوات . ومع استخدام الصدمات الكهربائية ، زادت نسبة الشفاء الى اكثر من ٥٠ فى المائة وكلما اقتربت اعراض الاضطراب من الاعراض التى نلاحظها عادة فى حالة ذهان الهوس الاكتئابى ، كان مسار المرض جيدا. وكلما زاد تدهورالعادات الشخصية او كانت انهذاءات غريبة او زاد حدوث الهلاوس وافتقار التفكير والميل الى النفور الشديد او توهم المرض وانعدام الذاتية ، زاد مسار المرض سوءا . واعراض الانين والفظاظة والعزلة ليست جيدة لمسار المرض .

العلاج : يجب ان يعالج مريض الاكتئاب الانتكاسى فى المستشفى، وخاصة انه لايوجد اضطراب نفسي آخر تزيد فيه نسبة محاولات الانتحار كهذا الاضطراب . ويقوم العلاج عامة على الاساس الذى يتبع فى حالة اكتئاب ذهان الهوس الاكتئابى ، مع الاهتمام بحالة المريض الجسمية التى غالبا ما ينتابها الضعف . وعند الوصول الىالمستشفى، يكون كثير من المرضى فى حالة جفاف ، ويعانون من سوء التغذية ، ولهذا يجب اعطاء المريض وفرة من السوائل والطعام . واذا كانالمريض يعانى من سوء التغذية فان من المفيد اعطاءه ٢٠ وحدة من الانسيولين قبل تناول الطعام بثلاثين دقيقة . وبسبب ما يتسم به المرضي من خوف فان اى تغيير يحدث فى البرنامج الروتينى للمرضي يجبأنيفسر لهم بدقة .

وعلاج الصدمات الكهربائية أكثر أساليب العلاج فاعلية لحالات الاكتئاب الانتكاسي . ويوجد عادة بعض موانع استخدام الصدمات

الكهربائية فى العلاج كأمراض القلب وكسور العظام الحديثة . ويجب ان يعطى المريض ما يتراوح بين ١٢ — ٢٠ صدمة . واذا كان المريض فى حالة اضطراب شديد ، فيمكن استخدام الكلوربرومازين بسبب تأثيره المهدىء .

ويستخدم الآن العقاقير المضادة للاكتئاب ، وربما لمواصلة العلاج بعد علاج الصدمات الكهربائية . ونادرا ما تستخدم العمليات الجراحية الآن فى علاج هذا الاضطراب .

وبينما تساعد هرمونات الاستروجين للتخفيف من اعراض سن اليأس ، من عرق وتوتر وعدم ارتياح وصداع ، الا انها قليلة الاثر فى علاج الاكتئاب الانتكاسى . ويفيد هنا العلاج بالعمل فالانتاج يخلق الشعور بالثقة بالنفس والرضي مما يؤدى الى التحسن والشفاء ،ويفيد كذلك العلاج النفسى ، فحديث بعض المرضي عن مشكلاتهم ومناقشتها معهم يؤدى بهم الى الارتياح .

الصورة الاكلينيكية للبارانويد الانتكاسية : تظهر بعض حالات ذهان البارانويد اثناء فترة الانتكاس ، وعلى الرغم من أن المرضى لم يكونوا قبل المرض من الذهانيين ، فان كل مرضى البارانويد الانتكاسية تقريبا كانوا يتسمون بأسلوب اسقاطى من الدفاعية . فعادة ما يكون المريض نقادا ويلوم الآخرين على فشلهم . ويصفه زملاؤه بانه عنيد ، وحقود وغير متسامح ، وكتوم ، وغير سعيد ، وغير راض ، ومستاء ، ومتشكك . وهذه السمات الدفاعية تدعم الشخصية تدعيما كافيا ، حتى فترة الانتكاس حيث تصبح مع التغيرات الفسيولوجية والنفسية التى سبق ذكرها ، غير ملائمة ، فتنشأ أساليب دفاعية اخرى فى ذهان البارانويد بهذاءاته

وسوء تفسيراته . وتدور الهذامات عادة حول افكار الاضطهاد ، وتكون منتظمة ، ولكن ينقصها المحتوى الخيالى الذى نلاحظه فى الفصام ويظهر كثير من المرضي كثيرا من المرارة والكراهية .

ومن حيث مسار المرض ، فان مسار المرض الجيد يقل عما يحدث فى حالة **الاكتئاب الانتكاسى** .

ومن حيث العلاج فان علاج الصدمات الكهربائية يكون محدود الفائدة ، ويمكن علاج المريض العدوانى المضطرب باستخدام الكلوربرومازين .

ذهان البارانويد

ذهان البارانويد استجابات ذهانية تتميز بالهذاءات التى غالبا ما تكون هذاءات الاضطهاد او العظمة ، وقد توجد الهلاوس أحيانا ، مع اضطراب فى القدرة على الحكم والاستبصار ، وبهذا ينشأ الشك وسوء تأويل الحوادث والامور .

الاسباب : قد يرجع اضطراب البارانويد الى عوامل تكوينية تجعل الشخص حساسا متمركزا حول ذاته ، وعنيدا ، ومتقلبا فى انفعالاته ، يصطرع فيه الطموح والكبرياء مع شعور بالعجز وعدم الثقة بالنفس ، وتنقصه روح المرح ، وعامل السن له تأثيره أيضا ، فالمراهقة وما فيها من صعوبات ، والسن المتأخرة تمهد لظهور المرض . والعيوب الجسمية مثل الصمم المزمن تؤدى الى ظهور المرض ، فالشخص الذى لا يسمع ما يقوله الناس قد يسىء تأويل احاديثهم ويكثر ارتيابه .

ومن الاسباب النفسية التى تؤثر على ظهور المرض ، وجود الفرد فى بلد لايعرف لغة أهله او شعوره بأنه منبوذ من المجتمع للونه ودينه ، او وجوده فى وسط يتفوق عليه ثقافة او ذكاء . وكذلك تؤثر التربية على الفرد وتمهد لظهور المرض ، فالطفل الذى ينشأ فى بيت تضطرب فيه علاقاته الانفعالية باهله ، قد يتكون لديه الاستعداد للمرض .

ويذهب فرويد الى القول بأهمية ما فى الفرد من ميول جنسية مثلية مكبوتة كأساس للبارانويد .

وتعمل المحن المفاجئة على ظهور المرض مثل الاصابة بمرض جسمى أو الارهاق الشديد او التعرض لسموم الامراض المعدية او الاصابات أو الفصل من العمل او تخطى الشخص فى ترقيته .

الصورة الاكلينيكية : ينشأ الاضطراب عادة بعد سن الاربعين ، وربما لا يظهر مطلقا قبل سن الثلاثين . ويشيع الاضطراب بين الذكور عنه بين الاناث . وتنشأ الصورة الذهانية من الشخصية البارانويد ، فالفرد بتلك الشخصية يتسم بالتوتر والقلق الشديد والتشكك وفقد الثقة فى الآخرين ، وعدم الشعور بالامن ، كما يتسم بالكتمان والكراهية. وتتسم أيضا الشخصية البارانويد بعدم النضج واستخدام الانكار والاسقاط كأساليب دفاعية . والانتقال من الشخصية البارانويد الى الذهان الصريح مع ظهور الهذاءات ، يصعب تحديد بدايته .

ويتميز اضطراب البارانويد بنظام الهذاءات الثابت الجامد ويحدد هذه الهذاءات الحاجات النفسية للمريض ، ونوع التبرير الذى يناسب الافكار والمعتقدات السائدة فى بيئته . ويظهر المريض اجتهادا واضحا فى محاولاته لكسب آخرين لمعتقداته الهذائية . وقد يبرر المريض بطريقة مقبولة ، حتى أن اصدقاءه يقبلون ادعاءاته بأن افرادا معينين وليس المريض ذاته يكونون مسئولين عن مشكلاته . وقد يصبح بعض المرضي على وعى بأن تصديق هذاءاتهم أصبح موضع تساؤل ، وعلى ذلك يحاولون اخفاءها . وحكم المريض قد يضطرب فقط بالنسبة لنظام الهذاء ، الذى غالبا ما ينشأ ببطء ويصبح فى النهاية معقدا ومتشابكا ، وتسود أفكار الاضطهاد أو العظمة أو هما معا .

وبنشأة الاتجاهات الاضطهادية ، يوجه المريض كراهيته أوعدوانه نحو الآخرين ويصبح شديد الكتمان . وفى بداية فترة الذهان ، يصبح المريض غير مريح ، كما يتسم بتوهم المرض . وقد يصبح مكتئبا وحزينا وغضوبا ، وميالا للانتقام والنكد . وغالبا ما يظهر الاستياء من الآخرين. ويتطور سوء الفهم وسوء التأويل الى هذاءات الاضطهاد .

. والمريض فى محاولته للسيطرة على دوافع الكراهية ، التى يوجد فيها غالبا أصل البارانويد ، فانه يسقطها على الآخرين ويخابرها وكأنها موجهة ضده . وتتسم انفعالية كثير من المرضي بالنكد ، وتظهر الافكار المرجعية ، فهناك معنى خفى فيما يحدث فى بيئة المريض ، فيلاحظ المريض دلالات خفية فى الملاحظات والأحداث ويذهب بعيدا فى تفسير التفاصيل البسيطة التى تظهر فى سلوك الآخرين . وتزيد الاحساسات الغامضة من الخوف ومن الشك واتجاهات الكراهية والعدوان لدى المريض . وكما يساعد عدم الاعتقاد والسخط والغضب ، الشخص العادي فى منعه من ان يصبح على وعى بالدوافع والاستعدادات التى تسيء الى احترام الذات ، فان مريض البارانويد يستخدم هذه الاستجابات الدفاعية بدرجة اكبر . ومن صور البارانويد :

١ - **البارانويا :** اضطراب نادر يتميز بنظام بارانويد هذائى معقد ينمو ببطء ويصاغ غالبا بطريقة منطقية ، مع عدم وجود هلاوس. ونظام البارانويد الهذائى قد يكون معزولا عن مجرى الشعور العادى ، وعلى ذلك تبقى ابعاد الشخصية الاخرى دون اضطراب . ويعتقد مرضى البارانويا غالبا انهم يتميزون بقدرات عالية وفريدة .

٢ - **البارافرينيا الانتكاسية :** نمط من البارانويد يحدث فى سن ما بين ٤٥ و ٦٥ سنة ويتميز بهذاءات الاضطهاد أو العظمة او هما معا. ولكن لايتضح فيه الطبيعة المنطقية المنتظمة التى نلاحظها فى البارانويا . كما لانلاحظ ما يحدث فى الفصام من اضطرابات انفعالية وعقلية وميل الى النكوص . ومن الجدير بالذكر أن بعض الاطباء يعتبرون البارافرينيا فصام بارانويد يحدث فى سن متقدمة بعد أن تكون الشخصية قد اصبحت ثابتة واقل احتمالا لعدم التكامل .

٣ - **الغيرة البارانويد :** فالغيرة التى يظهرها المريض شديدةذات طبيعة هذائية . فمع وجود بعض الاساس الواقعى لها ، الا ان الدليل الموضوعى يكون غير ملائم تماما لكى يظهر الشخص العادى تلك الغيرة الشديدة . وما يعتقده المريض هو فى الحقيقة اسقاط لرغباته التى ينكرها كرغبات له .

٤ - **العشق البارانويد :** فعشق المريض هناانكار لرغباته التى يسقطها على شخص آخر حقيقى او خيالى . فقد يعتقد المريض ان احد النساء من ذوات الحسب او الثراء يكون قد رآها او قابلها صدفة احبته ، ويأخذ فى الكتابة لها . وقد يعلل عدم ردها على كتاباته بأنها تحاول اختبار حبه لها .

٥ - **بارانويد العظمة :** هذا النمط من البارانويد اكثر الانماط شيوعا . وأوضح خصائص هؤلاء المرضي عدم الثقة الشديدةفىالآخرين، والميل الشديد لانكار كراهيتهم ، وهذه الكراهية يسقطها المريض على الناس حيث يراهم المريض وكأنهم يتسمون بالكراهية . وقد تظهرافكار العظمة بعد فترة طويلة من الشعور بالاضطهاد او قد تظهر منذ بداية المرض . وتشمل افكار العظمة أفكار الاختراع . والمرضى الذين تسيطر عليهم هذه الافكار ، يهملون عادة طريقتهم العادية فىالحياة،ويخصصون اوقاتهم لوضع الخطط وبناء النماذج حيث يعلنون عن استخدام بعض القوى والقوانين التى تناقض قوانين العلم المقبولة . ويظهر آخرون افكارا عن النسب العريق . وبعض معتقدات العضمة تكون ذات طبيعة دينية ، فيردد المريض ان الله قد اختاره نبيا . وغالبا ما يحاول المريض أن يقوم بالدور الذى تحدده له أفكاره . فاذا كان يعتقد انه قائددينى، فانه يرتدى ملابس رجل الدين ، ويطلق لحيته ، ويظهر التواضع الذى يخفي وراءه الكراهية .

مسار المرض : انه مما فيه شك ان يشفى المريض تماما . ويندر في تلك الحالات من البارانويد التى تقرب من فصام البارانويد ، انيكمن المرض ، كما ان مسار المرض يكون سيئا . وفى حالة البارانويد الحقيقية قد يحدث عدم تكامل بسيط فى الشخصية ، او قد لايحدث عدم التكامل هذا ، فيبقى سلوك المريض عادة فى الحدود التى يتحملها المجتمع . ولهذا السبب فان نسبة كبيرة من اولئك المرضي لا يلتحقون بالمستشفى بسبب الاضطرابات النفسية ، ويظهرون بعضا من التحكم فى الذات ، ويأخذون انفسهم بالتعليمات ، ويتجنبون الامور التى تسبب احالتهم الى المحاكمة ، وذلك بدرجة اكبر مما يحدث فى حالاتالبارانويد التى تقترب من فصام البارانويد ، حيث تكونحالات فصام البارانويد اقل اجتماعية واقل اجتهادا واقل اخذا بالتقاليد الاجتماعية والقانون.

العلاج : يستطيع كثير من المرضي القيام بمهنهم العادية ،حيث يكون لديهم القدرة على فصل نظامهم الهذائى من مجرى الشعورالعادى، وما لم يكن سلوك المريض شديد الخطورة على المجتمع فانه يحسن ان يعالج خارج المستشفى حيث أن الحاقه بالمستشفى يزيد من نظام هذاءاته ويثير كراهيته . ولكن اذا احدثت الهذاءات تأثيرا واضحا على السلوك ، وكانت موجهة نحو افراد معينين فان الامر يتطلب الحاق المريض بالمستشفى .

ولا يفيد علاج الصدمات الكهربائية فى هذه الحالات الا قليلا ، بل قد يكون عديم الفائدة . والمهدئات الكبيرة قد تخفض التوتر الناشىءعن المعتقدات الهذائية ، ومن الاهمية اخضاع المريض لعلاج نفسى طويل المدى حيث يتاح للمريض الذى لايثق فى أحد ، الفرصة لتعلم الثقة فى الآخرين ، فاذا استطاع المريض أن يتعلم الثقة التى لم يتعلمهافىطفولته،

فانه سوف يشعر بتوتر اقل وارتياح اكثر . وفي ذلك الموقف العلاجي يجب ان يؤخذ في الاعتبار بعض الاسس :

١ - يجب أن يعطى حرية كبيرة للمريض كلما أمكن ذلك . ويتحكم في ذلك مدى ما يظهره المريض من سـلوك الكراهيـة . فالشخص الذى يشعر بأن الناس ضده يعارض بشـدة اى قيود ، فالقيود تؤكد له ان الناس حقيقة يعارضونه .

٢ - يجب أن نعامل المريض دائما بأمانة . فالمريض يتوقع سـوء المعاملة والتضليل من الآخرين ، كما يكون حساسا لدوافعهم . فاذاكان من يقوم بتمريضه أو علاجه يعامله بأمانة دائما ، فان الفرصة قد تتاح له لكى ينمى بعض الثقة .

٣ - يجب أن نصغى باهتمام وتفهم لحديث المريض دون تعليق . واذا اضطررنا للتعليق على معتقدات المريض الهذائية ، فمن الافضـل الاشارة الى اننا نتفهم الموقف،ولكننا لا ننظر اليه بنفس النظرة التى ينظر بها المريض .

٤ - اجبار المريض الذى لايثق فى زملائه على انشـطة او مواقف جماعية قد يؤدى الى الاستياء . ففى الوقت المناسب قد ينميالاطمئنان والثقة الكافية ليشترك فى انشطة الجماعة .

٥ - يجب تجنب الاستفسار عن التفاصيل الدقيقة فى تاريخحياة المريض وانشطته حتى لايصبح الاستفسار عملية تجسس .

٦ - على المعالج ان يتوقع ان المريض قد يفقد الثقة فيه ، وهنا يجب الا يدخل المعـالج مع المريض فى منـازعات . وقد يقـوم المريض

باختبار المعالج ليرى ما اذا كان يمكن الثقة فيه ، وما اذا كان يمكن ان يتحمل اتجاهاته .

٧ - على المعالج ايضا ان يتجنب العطف الشديد على المريض ، حيث ان المريض قد يفسر هذا على انه استغلال له ، ولهذا فالاتجاه المعتدل فى العطف على المريض يحتمل ان يكون هو الامر الذى يمكن ان يتحمله ، على الاقل فى بداية العلاج .

٨ - يجب ان نأخذ فى الاعتبار أن المعتقدات الهذائية التى تشمل اناسا آخرين بما فى ذلك هيئة التمريض ، قد تؤدى الى العنف .

٩ - يكون المريض فى حاجة لان يرى نفسه مركزا للاهتمام والنشاط ، الامر الذى يشعر بأهميته ، التى تحميه من المعاناة من الاحساس العميق بعدم الكفاءة او العار او الاهانة .

وفى كثير من الحالات نجد ان مريض البارانويد يتعلم ان يثق فى المعالج وهذه الثقة امر هام فى العلاج .

اضطرابات رد الفعل الذهانية

تعرف الاضطرابات النفسية التى تنشأ عن الصدمات النفسية المختلفة باضطرابات رد الفعل الذهانيـة . ويجب أن نشـير الى ان **الاضطرابات النفسية التى** تتفق فى بدايتها مع الاصـابة النفسـية ، لا تنتمى كلها الى مجموعة اضطرابات رد الفعل الذهانية . فمن المعروف جيـدا أن الفصـام والهوس الاكتئـابى وذهان الشيخوخة وكثيرا من الاضطرابات الاخرى ، تبدأ أحيانا بعـد اصابة نفسـية . والاصـابة النفسية لا تؤثر فى ظهور اضطرابات رد الفعل الذهانية فقط ، ولكنهـا تحدد أيضا صورتها الاكلينيكية ، كما تؤثر فى مدة بقائها ونتيجتهـا . وغالبا ما يتبع اختفاء أو ضعف العامل النفسي تغـير مرغوب فيـه فى مسار المرض .

وكالاضطرابات العصابية ، فان اضطرابات رد الفعل الذهانية ، تنتاب أساسا الافراد ذوى النشاط العصبى الضعيف أو غير المتزن ، كما يمكن أن تنتاب الاضطرابات أيضا الاشخاص ذوى الجهاز العصبى المتزن اذا كانت الاصابة النفسية شديدة . ومن الملاحظ ايضا أن بعض الاضطرابات الجسمية التى تضعف من خلايا المخ العصبية لهـا تأثيرها بالاضافة الى الاصابة النفسية .

ويمكن تقسيم اضطرابات رد الفعل الذهانية الى :

١ — اضطرابات رد الفعل الذهانية الحادة

٢ — اضطرابات رد الفعل الذهانية المزمنة .

اضطرابات رد الفعل الذهانية الحادة

ترتبط نشأة الاضطرابات الحادة عادة بصدمةانفعاليةفالاضطرابات تنشأ فى ذروة الانفعال كامتداد مباشر له حيث انهياج الحركىواضطراب الشعور والذهول . ويجب ان نشير الى ان الهياج الحركى الذىيرتبط بحالات الانفعال الشديد قد لايتطور الى نوبة هستيرية . فقد يحدث فى موقف يهدد الحياة أن ينشأ هياج حركى شديد فيجرىالفرد دونوعى واحيانا الى مكان اكثر خطورة كالجندى الذى يجرى الى الخط الامامى بدل ان يلجأ الى المأوى . والانفعال الذى يحدث هنا انفعال مرضيحيث يفقد المريض وعيه بالموقف وبسلوكه . وفقدان الذاكرة هذا علامةمميزة بين الانفعال المرضي والانفعال العادى ، كما يتميز الانفعال المرضى ببدايته الفجائية فى اقصى شدته والنهاية المبكرة نسبيا حيث ينتهى خلال دقائق أو ساعات .

اضطرابات رد الفعل الذهانية المزمنة

تحدث حالات رد الفعل المزمنة بدرجة أكبر من الحالات الحادة . وعادة لا ترتبط هذه الاضطرابات بصدمة انفعالية حادة ، ولكنها ترجع الى عوامل نفسية نشيطة مزمنة ، على الرغم من أنها قد تحدث تحت تأثير اصابة نفسية حادة . ونلاحظ فى هذه الاضطرابات الصور الاكلينيكية التالية :

اكتئاب رد الفعل : يتميز هذا الاضطراب بهبوط الحالة الانفعالية . وينشأ عن موقف يشعر معه الفرد بأن حياته قد اضطربت . كالزوجة التى يكون زوجها قد توفى وتعتقد بأن حياتها قد أصبحت

بدون هدف ، وينتابها افكار انتحارية ، وتفقد اهتمامها بالعمل ، وتهمل فى مظهرها ونظافتها . والهياج الحركى والاضطرابات فى الوظائف الحيوية فى اكتئاب رد الفعل اقل شدة منها فى اكتئاب الذهان الدورى . ومساره يرتبط بموقف الاصابة الفعال .

حالات التهويم النفسية : كحالات التهويم الهستيرية ، أو العته الكاذب أو مجموعة أعراض جانزر أو الصبيانية الهستيرية . والخاصية التى تشيع بينها ، وجود فكرة تناقض السبب الرئيسى للمرض . وهذا الموقف الخيالى المناقض للحقيقة ، قد أدى بالاكلينيكيين الى وصفها بالانسحاب من موقف الحياة غير المرغوب فيه . كالزوجة التى تقابل نبأ وفاة زوجها ، بالقيام بترتيب المنزل ، وارتداء أحسن الثياب ، واعداد الطعام الجيد ، وتأخذ فى الضحك وتجلس فى انتظار زوجها ، وتخبر كل من حولها بأن زوجها سيحضر حالا ، وأنه فى الطريق اليها ، وتبدأ تسلك وكأنها قد سمعت جرس الباب ، وتجرى نحو الباب لمقابلته والترحيب به ، وتزجر أطفالها لعدم الترحيب بأبيهم . وحالة هذه الزوجة حالة نموذجية من التهويم الهستيرى . فقد حلت اخبار موت الزوج بفكرة عودته الى البيت . وتتميز هذه الحالة أيضا بالهلاوس حيث يتصور الموضوع الرئيسى بوضوح وكأنه فى صورته الحقيقية .

وهناك حالات من التهويم ، لها مسار يصاحبه مجموعة اعراض من الاضطرابات السلوكية الواضحة ، حيث ينكص المريض الى مرحلة الطفولة التى كان يجد فيها الرعاية والتى كان يلعب فيها بالعرائس . وبهذا يقابل المريض الحقيقة بمعايشته لذكريات الماضى البعيد ويسلك تبعا له . وهذه الحالة تعرف بالصبيانية الهستيرية .

وفى بعض الحالات يقابل المريض خطر الحقيقة ، بالفشل فى فهم

المشاكل الأولية وتناول المواقف البسيطة . فعند ما يطلب منه اجــراء عمليات جمع بسيطة ، يبدأ فى ياس بالعد على أصابعه ، وعنــدما يطلب منه اخراج لسانه يشير الى اذنه . وعندما يطلب منه رفع يده اليمنى يرفع يده اليسرى ، اى انه يظهر فى معظم الاحيان عدم قدرته على أداء العمل المطلوب منه ، وهى خاصية لا نلاحظها حتى فى حالات العتـــه العضوى . وهذا النمط من حالات التهويم يعرف بالعته الكاذب .

ومن حالات العته الكاذب ، مجموعة أعراض شاذة من الاجابات التقريبية وضعها جانزر . فعندما يسأل المريض : «ما اسمك؟ » ، يجيب: « كم يكون معطفك جميلا » . وعندما يسأل « من أكون أنا؟ » ، يجيب : « نم أتناول الشاى اليوم » .

وهذه الصور من حالة التهويم والعته الكاذب ، ومجموعة اعراض جانزر ، والصبيانية الهستيرية ، تنتاب عادة الأشخاص الذين يتعرضون التحقيق البوليسي .

اضطرابات رد الفعل الذهانية الهذائية : وتتضـــمن هـــذه الاضطرابات استجابات البارانويد الحادة ,وهذاءات الاضطهاد التى تنتاب الأشخاص المعوقين جسيما وخاصة ضعاف السمع ، وبارانويد التقاضي . وتقوم العوامل البيئية التى تضعف من الشخصية بدور كبير فى هــذه الاضطرابات ، فلقد لوحظ أثناء الحرب العالمية الثانية حالات باراتويد حادة من اتهام الذات عند الاصابة بجروح بسيطة فى الأطــراف او مع المضاعفات التى تحدث بعد الاصابة . كما تنشأ حالات بارانويد حادة عند التهاب العظام ، وبعد مرض فى الأمعاء يؤدى الى ضعف المريض أو مع اضطرابات جسمية اخرى .

ومن اضطرابات رد الفعل الذهانية الهذائيـــة ، الهذاء المرجعى والاضطهادى الذى ينتاب الاشخاص الذين يعانون من عجز عضـــوى كضعف السمع . فعادة ما يحاول المريض اخفاء عجزه لمدة طويلة ويحاول ان يجهد انتباهه ويظهر دائما الحذر فى علاقاته مع الآخرين . ثم تزداد خاصية الحذر والشك حتى ان المريض عندما يسمع ضحـك الآخرين يعتقد انهم يسخرون منه ، ولمواجهة هذه السخرية التى يتخيلها المريض فانه يقرر عادة انه لن يعيرها انتباهه ، وان أولئك الذين يظنون انه أصم مخطئون ، وان كل شيء واضح له . ومراعاة لشعوره يحاول زملاؤه فى العمل ألا يتحدثوا فى وجوده ، الامر الذى يزيد من شكوكه ، ويبـدأ فى الاحساس بأنهم يتآمرون عليه .وبهذه الطريقة يتكون صورة واضحة من الهذاءات المرجعية والاضطهادية ، والتى يصاحبها احيانا هلاوس سمعية. وباراتويد التقاضي صورة اخرى من ذهان رد الفعل الهذائى حيث يسيطر على تفكير المريض وسلوكه فكرة تتكون تحت تأثير بعض العوامل الانفعالية كالشعور بالاستياء . فتحت سيطرة فكرة الشعور بعـدم العدالة وضرورة اعادة الامور الى وضعها الصحيح ، يقيم المريض القضايا التى تستمر لسنوات ، ويحيل منزله الى مكتب للمحاماة ويحتفظ بنسخ من المستندات المختلفة التى يكون قـد أرسلها الى الجهات المختلفة . وينتاب حالات رد الفعل هذه أساسا الأشخاص الذين لايتسمون بقدرات عقلية عالية جدا مع اضـطراب القـدرة على تقييم سلوكهم وسلوك الآخرين .

العلاج : يجب الاهتمـام هنا بالعلاج النفسى مع اسـتخدام العقاقير كالكلوربرومازين والمحافظة على النوم العادى باستخدام المنومات اذا لزم الأمر . كما يجب ان يوجـه الاهتمام الى ازاله الاضـطرابات الجسمية كالأمراض المعدية وسوء التغذية .

الاضطرابات العصابية



الاضطرابات العصابية مجموعة اضطرابات تنشأ من المحاولة التى يبذلها المريض لمواجهة المشاكل النفسية الداخلية والمواقف الخارجية الصعبة التى لا يستطيع المريض السيطرة عليها دون توتر أو دون الاساليب النفسية المضطربة التى يسببها القلق الناشيء عن الصراعات ، حيث يعتبر كثير من الأطباء ان القلق هو المصدر الديناميكى للاضطرابات العصابية . وتتكون اعراض هذه الاضطرابات سواء من القلق كما يشعر به المريض مباشرة ويعبر عنه او من محاولات السيطرة عليه بتلك الدفاعات كالتحول أو التفكك او الاحلال او المخاوف أو الأفكار والأفعال المتكررة . ويتحدد نمط الاضطراب العصابى الى حد كبير بنوع الاسلوب الدفاعى الذى يستخدمه المريض للسيطرة على القلق . وقليل من المرضي يقتصرون على اسلوب دفاعى واحد ، وعلى ذلك فكثير من المرضى يظهرون خليطا من الخصائص . ولا يدرك المريض العلاقة بين صراعاته الانفعالية والمواقف الصعبة من ناحية ، واضطراب شخصيته من ناحية اخرى .

ولقد وضعت بعض المحكات للتمييز بين الاضطرابات العصابية والاضطرابات الذهانية . حيث يتضمن الاضطراب الذهانى اضطراب الشخصية بدرجة أشد من الاضطرابات العصابية ، كما أن عدم تكامل شخصية الذهانى يكون أشد من عدم تكامل شخصية العصابى وفى الاضطرابات العصابية لا تغير الخبرات الداخلية السلوك الخارجى الى درجة عدم السواء التى تحدث فى حالة الاضطرابات الذهانية ، فلا يوجد اضطراب لاختبار الواقع . وقد يحرف المريض الذهانى أو يزيف الواقع فى صورة هذاءات او هلاوس . وتفكير الذهانى قد يكون غير واقعى الامر الذى لا يحدث فى الاضطراب العصابى . وعامة فالذهانى لا يدرك انه مريض وعلى ذلك لا يرغب فى تغيير حالته ، بينما يدرك العصابى ما يشعر به

من اضطراب ويرغب شعوريا فى تحسين حالته ، على الرغم من أنه من المعروف ان العصابى وخاصة الهستيرى يرغب لا شعوريا فى عدم التحسن لما يعرد عليه ذلك من مكاسب ثانوية .

ويمكن القول بأنه لا يوجد حد فاصل بين الاضطرابات العصابية والذهانية فهى تتداخل فيما بينها .

الأسباب : عندما نبحث عن أسباب الاضطرابات العصابية،يجب أن نذهب الى أن العوامل الانفعالية تقوم بدور فعال . فمعظم الاضطرابات العصابية تتوقف على الصرعات التى تنشأ فى الطفولة . وعلى ذلك فلفهم اضطراب المريض يجب أن نحاول ربط اعراض المريض الحالية ببعض مواقف الطفولة . وغالبا ما تتميز طفولة العصابى باضطرابات المشى أثناء النوم والصراخ أثناء النوم ، والتبول اللاارادى واضطراب الكلام ، والهذيان مع الارتفاع البسيط فى درجة الحرارة.والتخريب والاستشارة الانفعالية ، ونوبات الغضب والمخاوف والافعال القهرية والخجل وقضم الأظافر ، وغيرها من الاضطرابات التى تدل على مشاكل سلوكية . ويجب أن ننظر الى هذه المظاهر على انها دليل على أن صراعات وعوامل موقفية معينة قد أحدثت قلقا وادت الى الاعراض العصابية . ومن الضرورى الا نفحص تاريخ الطفولة للتعرف على الآثار التى تركتها ظروف الحياة الأولى فقط ، بل نتعرف على احساسات الذنب والصرعات بسبب الحاجات اللاشعورية ، والتعرف كذلك على احداث الحياة الهامة والضغوط والتوترات فى العلاقات البينية والضغوط اليومية فى الحياة الأسرية بما فيها المشاكل الزوجية او الجنسية .

ونشأة الاضطرابات العصابية قد توجد من ضرورة كبت او تحريف أو احلال انفعالات الكراهية أو الغضب أو الدافع الجنسي أو دافع

الاعتماد على الغير ، عندما تظهر وتتصارع فى شخصية المريض . فغالبا ما يثير هذ الصراع القلق الذى يعتبر مصدر الاضطرابات العصابية .

والاحساس بالذنب او المواقف الاجتماعية او العلاقات التى تعوق القدرة على التكيف او الزواج بمسئولياته ، والشعور بالاحباط ، عوامل قد تؤدى الى العصاب . وفترة الانتكاس قد يصاحبها القلق او الاكتئاب او الاستثارة . وقد ينشأ العصاب نتيجة لمرض جسمى طويل الأمد . ففى تلك الحالة قد يهدد المرض طـــويل الأمد احساس المريض بالأمن ويؤدى به الى القلق الذى يمكن ان يواجهه المريض فقط بالدفاعـــات العصابية .

وكما ذكرنا فالأسلوب الذى يتكيف به المريض للقلق يحدد نمط الاضطراب العصابى . فاذا شعر المريض بالقلق وعبر عنه مباشرة ، ولم يقتصر هذا القلق على موضوعات او مواقف معينة ، فان العصاب يكون قلقا واذا تحولت الرغبة المكبوتة التى تسبب القلق الى اعراض وظيفية فى اعضاء او اجزاء الجسم فانالصورة الاكلينيكيةتكون هستيريا تحولية . واذا غمر القلق الشـــخص وسيطر عليه مؤقتا فان الصــورة الاكلينيكية تكون هستيريا تفككية كالذهول الهستيرى او الهوجاج وفقدان الذاكرة . وفى عصاب الأفعال القهرية يسيطر المريض على قلقه بالنشاط المتكرر . وفى المخاوف يسيطر المريض على القلق الذى يرتبط بموضوع او موقف معين او القلق الذى يرتبط بما يرمز لهذا الموضوع او الموقف بالخوف العصابى .

وتشيع الاضطرابات العصابية بين الاناث بدرجة اكبر منهـــا بين الذكور نتيجة لما يطلب منهن من جمود فى كبت الحاجات البيولوجيـــة الاساسية وما يتبع ذلك من قلق ودفاعات تشكل الأعراض العصابية .

عصاب القلق

القلق حالة من عدم الارتياح والتوتر الشديد ، يصاحبها خوف لا يستطيع المريض التعبير عنه والشعور بتوقعات سيئة . ويصاحب القلق كثير من الاضطرابات الجسمية كسرعة نبض القلب وتوتر العضل واضطرابات الجهاز الهضمى . ويمكن أن ينشأ القلق مع أى موقف يهدد شخصية الفرد. فالقلق ينشأ عندما يهدد خطر انهيار كبت الرغبات الجنسية المحرمة أو احساسات الكراهية والعدوان أمن الشخصية . كما ينشأ القلق مع الاحباط أو مع بعض مشاكل الحياة الرئيسية التى ترتبط بالتكيف المهنى والجنسي والاسرى .

الصورة الاكلينيكية : يمكن تقسيم حالات القلق الى حالات حادة واخرى مزمنة على الرغم من تداخل كل من الحالتين فى الاخرى ، فعادة ما ينتاب المريض كل من الحالتين .

ففى حالات القلق الحاد يشعر المريض بالذعر الفجائى والتوتر . وقد تنتاب نوبة القلق المريض اثناء العمل أو اى نشاط اجتماعى ، كما قد تنتابه عندما يكون بمفرده او مع الآخرين . كما ان المريض قد يستيقظ أحيانا من النوم فى حالة من الذعر . ولا يستطيع المريض غالبا أن يصف بسهولة ما يشعر به ، ولكنه يعبر عن ان بعض الاضطراب الجسمى أو النفسى قد انتابه ، ويكون فى حالة من الذعر ويشعر بالدوار والاغماء والغثيان وبآلام فى المعدة وبسرعة نبض القلب واضطرابه . ويشيع الام الراس والرقبة واعلى الظهر والصدر . وقد يتنفس المريض بسرعة وأحيانا يرتجف ، وقد يجلس بجمود او يكون غير مستقر ، وقد يتصبب العرق من وجهه ويديه .

وحالة القلق الحاد قد تستمر بضع دقائق اوقـد تمتد الى عـدة ساعات أو تستمر طول اليوم . وقد تنتاب نوبة القلق المريض عدة مرات فى اليوم أو قد تنتابه مرة كل عدة أشهر او قد تحـدث بأى تكرار بين هاتين الحالتين . وتحدث حالات القلق الحاد من بداية مرحلة المراهقة ، ولكنها لا تشيع بعد منتصف مرحلة المراهقـة . وعندما تنتاب حالات القلق الحاد الأطفال فانها ترتبط عادة بموضوع أو موقف معين وتكتسب بذلك الخصائص الاكلينيكية للمخاوف . وغالبا ما ينتاب القلق الحـاد المرضى الذين يعانون ايضا من حالات القلق المزمن .

وفى حالات القلق المزمن ، تقل عادة شدة عـدم ارتياح المريض ، ولكن درجة ذعره تقترب منها فى حالة القلق الحاد . وقد تمتـد حالة القلق المزمن لأيام أو لأشهر او لسنوات ، او يمتد فى صورة متقطعـة لسنوات من الزمن . وقد يشفى المريض لساعات أحيانا ، ولكن عادة ما ينتاب المريض القلق طوال اليوم ، وينتاب المريض درجات مختلفة من عدم الاستقرار والذعر والتوتر وينظر الى المواقف الجديدة بتخوف . وغالبا ما يضطرب نوم المريض ويستيقظ فى الصباح متعبا ويشكو من التعب طوال يومه . ويشيع شكوى المريض من آلام المعـدة والغثيان والاسهال ، وزيادة سرعة نبض القلب وآلام أعلى واسفل الظهر . كمـا يشيع الصداع الذى يصفه المريض بأنه يحيط برأسه . ويشكو المريض ايضا من ضيق فى التجويف الصدرى ومن التنفس غير العميق .

مسار المرض : يختلف المسار الاكلينيكى لعصاب القلق الحـاد والمزمن من مريض الى آخر حيث ينتاب بعض المرضي القلق لبضـعة اسابيع فقط ويشفون دون علاج معين ، بينما ينتاب المرض آخـرين بمسار يتذبذب بين الشدة والكمون لفترات تتراوح ما بين أشهر عديدة

او سنوات ، وينتاب القلق بعض المرضى لسنوات متواصلة . والعلاج على اية حال يمكن ان يغير بوضوح مسار عصاب القلق . ويتأثر مسار المرض بالعوامل التالية :

١ ـ مدة وشدة العوامل المسببة للمرض ، فالمرض الذى ينشأ عن اصابة نفسية شديدة طويلة الأمد يكون أكثر استمرارا او اصعب علاجا . والمرض الذى ينشأ عن ضغوط فى العلاقات غير الوثيقة لا يستمر الا لفترة قصيرة كما يستجيب للعلاج بسهولة .

٢ ـ قوة وضعف شخصية المريض ، فبعض المرضي يتسم بأبعاد شخصية يكتسبون بها بصيرة فى مواجهة مشاكلهم بسهوله ، وأحداث تغييرات ذات دلالة فى علاقاتهم مما يقلل من شدة قلقهم ، بينما يجمد بعض المرضى ويقاوم كل محاولات مواجهة الأصول الانفعالية لأعراضهم .

٣ ـ مدة المرض والمرحلة التى يبدأ فيها ، فالمريض الذى ينتابه القلق لبضعة اسابيع أو لبضعة أشهر يحتمل أن يستجيب للعلاج بدرجة أكبر من مريض ينتابه المرض لسنوات . وحالات القلق التى تبدأ فى مرحلة الطفولة المتأخرة والمراهقة والتى تستمر لسنوات عديدة يصعب علاجها ، بينما يستجيب المرضى الذين يتعرضون للمرض فى مرحلة البلوغ للعلاج جيدا .

٤ ـ الضغوط التى تتميز بها حياة المريض وسهولة او صعوبة مواجهتها ، فالمريض الذى يقيم فى أسرة تعانى من الضغوط او عدم التعاون يكون مسار مرضه أسوأ من المريض الذى يقيم فى اسرة لا تعانى نسبيا من الضغطوط ومتعاونة . وزيادة الضغوط او زوالها بتغيير الاحداث فى حياة المريض قد يؤثر كثيرا على مسار المرض .

٥ ـ طبيعة العلاج ومدته وكفايته .

العلاج : لا يتطلب علاج معظم الذين يعانون من القلق الالتحاق بالمستشفى حيث يمكن ان يتم العلاج فى العيادات الخارجية . ويمكن ان يتضمن العلاج وسائل للشفاء من القلق أو علاج الاعراض ، ووسائل تهدف الى تغيير ابعاد شخصية المريض أو علاج الأسباب . وعلاج الاعراض يتضمن اعطاء المهدئات البسيطة كالميبروبامات ، اوالدايزيبام،او الكلوردايزيبوكسيد ، او جرعة صغيرةمنالمهدئاتالكبيرة كالكلوربرومازين أو الثيوريدازين. هذا بالاضافة الى العلاج الفسيولوجى والعلاج بالعمل ، الذى قد يكون له قيمة .

ومن وسائل العلاج التى تهدف الى تغيير ابعاد شخصية المريض ، العلاج النفسي بالاستبصار الذى يحتمل أن يكون العلاج المفضل . ويقوم هذا العلاج على اساس تعليم المريض الاستبصار بصراعاته الشعورية مع محاولة التكيف وتعديل الأهداف وتنمية قدراته . وفى حالة بعض المرضي يحسن عدم محاولة الكشف عن الصراعات الخطيرة ، فقد يؤدى هذا الى حالة شديدة من القلق .

عصاب المخاوف

عصاب المخاوف اضطراب ينتاب فيه المريض خوف شديد من موضوع او موقف معين . والمريض هنا قد يعانى من نوع واحد من المخاوف أو قد يعانى من عدد منها ، فالمخاوف تختلف باختلافالمواقف والموضوعات . وتبدا المخاوف من خبرة معينة اثارت خوفا شديدا ، ويغلب ان يكون حدوثها فى الطفولة ، وقد تكبت هذه الخبرة فى اللاشعور لانها خبرة تثير الشعور بالذنب ، وخروجها الى الشعور يكون مؤلما للشخص . وان كانت الخبرة المخيفة تتعلق بموضوع بذاته فانهاتمتد الى عدة اشياء أو مواقف ترمز الى الموضوع الاصلى . والشخص هنا

لايفقد بصيرته ، فهو يعرف ان خوفه المرضي سخيف خاطيء لامبرر له ولكنه يعجز عن مقاومته والتخلص منه .

الصورة الاكلينيكية : تتكون بعض المخاوف من قلق واضح عندما يواجه الشخص موقفا معينا ، فقد ينتابه القلق الشديد عندما يدخل مكانا مغلقا أو مكانا مظلما أو يصعد الى مكان مرتفع . وقديخاف الشخص من موضوعات معينة ، حيث يخاف من القطط او الكلاب او الحشرات أو العواصف أو السيارات او الطائرات او غيرها من الموضوعات . وعندما يواجه المريض الموضوع او الموقف الذى يثير مخاوفه فان قلقه يتراوح بين عدم الارتياح البسيط الى الذعر . واذا استمر على اتصال بموضوع او موقف المخاوف لفترة من عدة دقائق الى عدة ساعات ، فان قلقه غالبا ما يقل الى حد ما على أن الامر لايكون كذلك فى بعض الحالات .

والمخاوف البسيطة فى الطفولة قد تستمر من بضعة اسابيع الى ستة اشهر او سنة ، وغالبا ما تختفى تلقائيا ، واذا كانت مشاكل الطفل بسيطة فان المخاوف قد لاتنتابه مرة اخرى . ومخاوف الطفولة الشديدة قد تستمر لعدة سنوات او قد تستمر للمراهقة اذا لم يعالج الطفل . وعلى أية حال فان مخاوف الطفولة الشديدة قد تختفى عادة فى المراهقة دون علاج . ومخاوف المراهقة والبلوغ ما لم تتأثر بالعلاج تكون أكثر ميلا الى الاستمرار من مخاوف الطفولة . ومخاوف البالغين تتذبذب فى شدتها ، تبعا لظروف الشخص . ومخاوف البالغ البسيطة تختفى أحيانا بعد استمرار من عدة اشهر الى عدة سنوات . ولكن من الشائع أن نلاحظ مرضى بالغين يعانون من المخاوف عددامن السنوات . كما تبدأ بعض المخاوف فى سنوات البلوغ المبكرة وتستمر بقية حياة المريض .

ويتخذ بعض مرضي المخاوف اسلوبا من الحياة يقلل من تعرضهم لمخاوفهم كما يتخذون طرقا للتقليل من آلامها . فبعض الاشخاص الذين يعانون من مخاوف شديدة من الازدحام والاماكن العامة قد يجدون أنهم يستطيعون تحمل هذه المواقف اذا كان فى صحبتهم بعض الاصدقاء أو الاقارب وينظمون حياتهم على أساس أنهم لايترددون على الاماكن العامة دون صديق او قريب . وضغوط الحياة قد تزيد من شدة بعض المخاوف . والعلاج قد يشفى المخاوف أو يقلل من شدتها على الاقل . والعوامل التى تؤثر على مسار عصاب القلق تؤثر أيضا على مسار عصاب المخاوف .

العلاج : الطريقة الاساسية فى علاج عصاب المخاوف طريقة المقابلة حيث يبحث المريض كيفية حل المشاكل الانفعالية ، فحل هذه الاضطرابات الانفعالية يحرر المريض من مخاوفه . ويمكن أن يساعد العلاج بالعقاقير المريض فى التغلب على المخاوف البسيطة . فتناول عقار ضد القلق قبل ان يواجه المريض الموضوع أو الموقف الذى يخاف منه غالبا ما يساعد المريض على ان يواجه الموضوع أو الموقف بارتياح .

والعلاج السلوكى طريقة اخرى لعلاج المخاوف ، حيث ينظر الى المخاوف على انها استجابات شرطية من القلق لموضوع أو موقف معين . فمن خلال الخبرات التى يرتبط فيها موضوع معين بكثير من القلق ينتاب المريض الذعر عندما يواجه الموضوع . ويقوم العلاج السلوكى للمخاوف على التقليل من حساسية المريض بالموضوع أو الموقف او التقليل من عملية الاشتراط ، وذلك عن طريق التعرض للموضوع أو الموقف بالتدريج ، بينما يحاول المعالج احلال استجابة الارتياح محل استجابة الذعر . ويفيد العلاج السلوكى فى علاج المرض عندما يعانى المريض من نوع واحد من المخاوف فى ظروف حياتية صحية نسبيا .

عصاب الوسواس القهرى

الوسواس تفكير مستمر قلق لايستطيع المريض التخلص منه . فقد يعانى المريض من خوف مستمر من الموت ولا ينقطع تفكيره فيه ، او قد يفكر باستمرار فى انه مصاب بمرض معين كمرض القلب أو السرطان . والقهر دافع شديد لأداء فعل ما لازالة التوتر . فبعض المرضى يشعرون بشدة بأن عليهم عد كل درج سلم يصعدون عليه ، أو أن عليهم غسيل اليدين باستمرار بسبب خوفهم من الجراثيم او القذارة .

وينتاب الوسواس والقهر احيانا نفس المريض ، كما أن الوسواس قد ينتاب المريض بدون القهر ، ويصدق هذا على وسواس الخوف من الموت والمرض والعنف . ومن ناحية أخرى ، فمريض عصاب القهر يعانى عادة من الوسواس .

الاسباب : يتناول مريض عصاب الوسواس الكلمات والعبارات بطريقة يسيطر بها على القلق . فبدل أن يصبح على وعى بالخبرات المؤلمة ، فانه يخفى اضطرابه فى الكلمات التى تصبح رموزا لتلك الخبرات . وحيث ان الاضطراب يهدد المريض باستمرار بالظهور فى وعيه ، فعليه ان يردد الكلمات والعبارات دون نهاية او يفكر فيها دون توقف . وعلى ذلك فالشخص الذى يصارع الاحساسات والدوافع العدوانية التى لايستطيع ان يواجهها شعوريا ، قد يعبر عن هذه الاحساسات فى صورة صياغات كلامية وافكار متكررة تتعلق بالعنف والموت نحو ذاته ونحو الآخرين . والشعور بالذنب بسبب الافعال الجنسية غير المقبولة قد يصبح متضمنا فى الوسواس بكلمات تدل على القذارة والجراثيم . والمريض الذى يعانى من احساسات بالذنب بسبب صراعات لم تحل مع

احد الوالدين او الاخوة ، والذى يكون قد مات فجاة بنوبة قلبية ينتابه افكار وسواس تتعلق بنوبة القلب والموت .

وتتضح العلاقات البينية فى عصاب الوسواس فى مجموعة اعراض وسواس قتل الاطفال والشيخوخة ، الذى ينتابالامهات الصغار حيث تعانى الأمهات من افكار وسواس قتل اطفالهن ، ويشعرن ان مثل هذه الافكار تعنى انهن على وشك الشيخوخة . وكثير من هؤلاء الامهات الصغار يتسمن بالسلبية فيحتفظن بكل غضبهن دون التعبير عنه ، ويشعرن بالذنب اذا اصبحن فى حالة غضب . وهذا النمط من السلبية والاحساس بعدم الاهمية وعدم الكفاءة الذى يصاحبها ، كانت تثارعادة فى علاقة المريضة المبكرة بأحد والديها او كليهما ، والذى يسبب لها الشعور بالذنب والدونية عندما كانت تحاول أن تحقق ذاتها بصورة ما. وكأم فان هذه المريضة تكون عادة سلبية لا تستطيع أن تكون حازمة مع اطفالها . وغضب المريضة الذى لا تعبر عنه ، فى محاولتها للتعامل مع اطفالها يضاف الى غضبها المكبوت من سنوات عديدة . وينتابالمريضة الفزع عندما تشعر أن غضبها قد يظهر فى سلوك عدوانى ، وتخاف ان يظهر الغضب فى اعنف صورة من العدوان ، فى قتل اطفالها . ريجد اضطرابها الداخلى تعبيرا محدودا فى أفكار الوسواس المؤلمة التى تحل محل الشعور بالعدوانية فى العلاقات البينية الماضية والحاضرة .

والافعال القهرية محاولات للتخلص من القلق والذنب بتكرار افعال جسمية . والعلاقات البينية والعمليات الانفعالية فى عصاب الافعال القهرية تشبه تلك التى تؤدى الى عصاب الوسواس . والفرق بين عصاب الوسواس وعصاب الافعال القهرية فى أن مريض الوسواس يجد لاضطرابه تعبيرا فى تكرار الافكار ، بينما يجد مريض الافعالالقهرية لاضطرابه تعبيرا فى الحاجة الشديدة الى تكرار الافعال الجسمية .

الصورة الاكلينيكية :

عصاب الوسواس : ينتاب المريض الـــذى يعانى من الوسواس عادة عـــدد من أفكار الوسواس . وافـــكار الوسواس الشائعة التى تنتـــاب المريض تكـــون الوســـواس من الجـــراثيم والقـــذارة والعدوان تجاه الآخرين . وقد تأخذ افكار الوســـواس صـــورة الافكار المجردة التى تتضمن غالبا الموضوعات الفلسفية او الدينيـــة . ويشيع وســواس الخوف من المرض ، كالخـــوف من مرض القلب والامراض النفسية . وغالبا ما نلاحظ افكار وسواس من افعال عنف نحو الآخرين او نحو الذات حيث يعانى المريض من وسواس الخوف من ان يصـــدم بسيارته سيارة اخرى او يعانى المريض من وسواس الخوف من أن يلقى بنفسه من النافذة او يبتلع كميات كبيرة من المواد السامة . كما ان هناك أفكار الوسواس بالقيام بأفعال غير اخلاقية كالافعال الجنسية فى الاماكن العامة أو ترديد الشتائم فى الاجتماعات العامة او ارتكاب الجرائم الجنسية أو السرقة بالاكراه .

والمريض الذى يعانى من الوسواس لايكون لديه الدافع لتنفيـــذ ما يوحى به وسواسه من افعال ، بل يخاف بشدة الا يستطيع السيطرة عليها ويبذل محاولاته لمنع حدوثها . وتشمل افكار الوسواس ايضـــا صياغات كلامية وتأملات فكرية تتناول موضوعات فلسفيـــة او دينيـــة مجردة . ويعانى بعض المرضى من افكار وسواس تتعلق بافعال ماضية . كأن يفكر المريض فيما اذا كان قـــد نسى اغـــلاق باب دورة الميـــاه التى استخدمها فى أحد المطاعم اثناء رحلة سياحية كان قد قام بها . ومريض آخر يقضي العديد من الساعات كل يوم فى محاولة تذكر ما اذا كان قد احرق خطابا كان قد بدأ فى كتابته ، يتناول فيه أحد اسراره . ويزداد

قلق مريض الوسواس غالبا بخوفه من أفكاره ، حيث يخاف المريض غالبا من ان افكاره قد يكون لها القوة بطريقة سحرية ما ، فى ان تصبح محتوياتها حقيقة . فالمريض الذى يعانى من وسواس الخوف من موت احد افراد أسرته ، غالبا ما يخاف من ان فكره هذا قد يؤدى بطريقة سحرية ما الى موت ذلك الشخص .وتلك الاحساسات التى تتعلق بالقوى السحرية لأفكار الوسواس تكون شديدة عند الأطفال الذين يعانون من الوسواس ، ولكنها تنتاب ايضا كثيرا من مرضي الوسواس البالغين .

والمرضى الذين يعانون من الوسواس البسيط ينظرون اليه على انه قلق . ويعتبرون انفسهم مجرد اشخاص يتسمون بالقلق . بينما يؤدى الوسواس الشديد الى اضطراب المرضي الذين يعانون منه . فغالبا ما يكونون فى حالة عدم ارتياح مستمرة ، ويشعرون بأن تلك الافكار التى لامبرر لها قد تكون علامات لاضطراب عقلى شديد .

عصاب القهر : القهر دافع شديد لأداء فعل يزيل التوتر . واداء الفعل يشفى الشخص من القلق الذى يشعر به قبل اداء الفعل . كتكرار غسيل اليدين وتحريك الاذرع واليدين ، ولمس موضوعات معينة عددا من المرات وغيرها من افعال . وقد يعانى المريض من الدوافع القهرية فى كل مجال من مجالات حياته . وتختلف الافعال القهرية من افعال بسيطة تثير الضيق فقط الى افعال تؤدى الى عجز المريض .

ويأخذ القهر غالبا صورة افعال متكررة يجب ان تؤدى عددا معينا من المرات . ووسواس الخوف غالبا ما يكمن وراء الافعال القهرية حيث يكون اضطراب الوسواس القهرى . فالمريض الذى يعانى من غسيل اليدين القهرى وطقوس النظافة ، يعانى عادة من الخوف من الامراض التى يخشى ان تصيبه من الاشياء غير النظيفة .

والمريض الذى يعانى من العد القهرى ، يخاف عادة من أنمرضا شديدا أو كارثة ستحل به إذا لم يقم بهذه الافعال القهرية لابعاد سوء الحظ هذا . والمريض الذى يعانى من أفعال قهرية تلازم النوم يخاف عادة من انه اذا لم يقم بهذه الاعمال الروتينية ، فانه لايستطيع النوم ، وان الارق سيؤدى الى تدهـــوره جسميا ونفسيا . وعلى اية حال ، فعندما يعانى المريض من الافعال القهرية لأشهر أو لسنوات عديدة فانه قد يقوم بها بدون وعى بوسواس الخوف الذى يصاحبها أساسا . وفى الفحص الاكلينيكى قد يبدو أن الافعال القهرية لاترتبط بأفكاروسواس. ولكن عندما يمكن تذكر المراحل الاولى لاضطراب القهر ، وعندما يكشف المريض عن أفكاره بارتباطها بالافعال القهرية ، فان أفكار الوسواسالتى تصاحب الأفعال القهرية يمكن عادة ان تتضح .

مسار عصاب الوسواس القهرى : عصاب الوسواس البسيط او متوسط الشدة الذى يصاحبه افعال قهرية غالبا ما يزول تلقائياوخاصة اذا حدث اثناء فترة منالضغط الواضح فى حياة المريض . وعندمايزول عصاب الوسواس المتوســط الشـــدة تلقائيـــا فان المـــريض يكون لديه أستعداد لان تنتابه أفكار وسواس فيما بعد اذا تعرض لتوتر انفعـــالى شديد . وعلى أية حال فالمريض الذى يعانى من عصاب وسواسبسيط أو متوسط الشدة عادة ما يشفى بسرعة أكبر مع العلاج النفسى ، حيث يحل بعض مشكلاته الانفعالية التى تسبب اضطرابه . واذا كان عصاب الواسواس شديدا ، فان فرصة احتمال زواله تلقائيـــا تكون اقل كثيرا . وبعض حالات عصاب الوسواس ، حتى ولو لم يصاحبها اعراضقهرية تستمرغالبا لسنوات على الرغم من انها تتذبذب عادة فى شدتها ، وغالبا ما لايكون هناك أمل من العلاج النفسي وخاصة اذا وجـــدت لاشـــهر او لسنوات قبل بدء العلاج .

وعصاب الوسواس الذى ينتاب الاطفال يختفى فى معظم الاحيــان على الرغم من شدته ، ونادرا ما يستمر لما بعــد المراهقــة . ولكن اذا استمرت المشاكل الانفعالية وضغوط العلاقات البينية دون حل فقــد تنتابه اعراض وسواس جديدة او اضطرابات عصابية أخرى فى المراهقة أو البلوغ .

وعصاب القهر غالبا ما يستمر لسنوات . واحيانا يبدأ فىالمراهقة او فى السنوات الاولى للبلوغ ويستمر طيلة حياة المريض . ويتــذبذب كثيرا فى شدته فيختلف من شهر الى شهر ومن سنة الى سنة . ولكن هناك بعض الحالات التى تشفى تلقائيا . والعلاج النفسي السريع يزيد من فرصة الشفاء . فنتائج العلاج النفسى لحــالات عصــاب الافعــال القهرية التى تكون قد ظهرت من بضعة اسابيع الى بضعة أشــهر تكون جيدة ، فقد يشفى المريض كلية أو الى حد كبير . ولكن الحالات التى تعالج بعد اشهر أو سنوات عديدة من ظهورها ، يكون مســارها سيئا حتى مع العلاج النفسى الطويل المدى .

وعصاب القهر عند الاطفال قد يستمر من بضعة أشهر الى عدة سنوات ، ولكنه يختفى فى الوقت المنــاسب عادة . ولكن اذا لم يحــل الاضطراب الانفعالى عند الاطفال فان أعراضــا جــديدة من الافعــال القهرية واضطرابات عصابية اخرى قد تنتابه فى المراهقة او البلوغ . ويشيع الاكتئاب وفترات من القلق الواضح بين مرضي عصابالوسواس والقهر المزمن . وتستجيب أعراض الاكتئــاب والقلق غالبــا للعــــلاج النفسي وللعقاقير المضادة للاكتئــاب والقلق حتى اذا لم تتغــير أعراض الوسواس والقهر الا قليلا بالعلاج . واحتمال تطور عصاب الوسواس والقهر الى اضطراب ذهانى قليل جدا .

العلاج : يستجيب عصاب الوسواس الذى لايصاحبه عصاب افعال قهرية للعلاج النفسي جيدا حيث يبحث العلاج عن كشف وحل الضغوط الانفعالية التى أدت الى العصاب . وتفيد احيانا العقاقير المضادة للقلق فى حالات المرضى الذين يعانون حديثا من اضطراب الوسواس اذا كان الوسواس مصحوبا بالقلق ، ولكن على المريض ان يفهم أن الضغوط الانفعالية التى تعرض لها فى الماضي والحاضر . قد ادت الى الاضطراب وأن فى حلها يكمن العلاج . وعصاب القهر الذى يكون قد استمر لاكثر من بضعة اشهر يصعب علاجه جدا . والعلاج النفسى قد يؤدى الى التخفيف منه بدرجة محدودة . وعلاج العقاقير ذو فائدة محدودة ، ما لم يكن المريض يعانى من قلق أو اكتئاب يصاحب عصاب الافعال القهرية ، وفى هذه الحالات تفيد العقاقير المضادة للقلق أو الاكتئاب فى علاج القلق أو الاكتئاب ولكنها لاتؤثر على اضطراب القهر الرئيسي .

عصاب الهستيريا

يتضمن عصاب الهستيريا نمطين من الاضطراب ، يرجعان الى عوامل مسببة واحدة :

١ — الهستيريا التحولية ، حيث تتحول الاضطرابات الانفعالية الى أعراض جسمية كالشلل وفقدان البصر .

٢ — الهستيريا التفككية وتتميز باضطراب الشعور ، وتظهر فى فقدان الذاكرة والهوجاج ، والمشى اثناء النوم ، وفقدان الذات والذهول الهستيرى .

الاسباب : تؤدى ضغوط التفاعلات البيئية التى يتعرض لهـا المريض فى ماضيه وحاضره الى اضطرابات انفعالية تتحول الى أعراض جسمية كما فى الهستيريا التحولية ، أو تؤدى هذه الاضطرابات الانفعالية الى انشقاق او تفكك افعاله عن شعوره بها ، وبهـذا لايشـعر المريض بالقلق المؤلم لانه لايواجه اى صراعات . ففى العرض الجسـمى يجـد المريض حلا لقلقه ، ويتجنب أن يصـبح تحت تأثير مشـاكل تفـاعلاته البينية . والعرض الهستيرى الذى قد ينتـاب المريض يكون له علاقة رمزية واضحة بالمشاكل الانفعالية التى سببته ، بمعنى أن المريض الذى يعانى من شلل عضلى هستيرى يقول لاشعوريا خلال عرضه إنه لن يقوم بالافعال التى نتوقعها أو نطلبها منه . وفى نوبة الاغماء الهستيرية يبعـد المريض لاشعوريا وعيه بالضغط الانفعالى ، ويتجنب التفاعل مع الموقف الإنفعالى المؤلم . وفى فقدان الذاكرة الهستيرى يحمى المريض نفسه من الم الاحداث الماضية بفصل ذاكرته للاحداث الماضية ، وبفقد استدعاءه لها . وفى حالة فقدان الذات ، يهرب المريض من اضـطرابه الإنفعـالى نشأة الشعور بأن شخصيتـه قد تغـيرت وانه اصـبح يختلف عمـا كان عليه .

ويعتقـد أن مريض الهسـتيريا ، قد قام بتنشـئته عادة والدان مشـغولان بذاتهما فلم يقيما علاقات وثيقة معه . وكانا يتركان الطفـل يفعل مايشاء ، وبهذا نشأ شخصا متمركزا حول ذاته لا يعرف ما يجب أن تكون عليه العـلاقات البينية . وايضا لم يوجد هناك آخـرون اثناء سنوات نشأته لاقامة علاقات وثيقة معه وتصحيح انحرافات شخصيته . وبهذا لا ينمو المريض انفعاليا بعد مرحلة الطفولة وعند التعرض لضغوط انفعالية نتيجة لمشـكلة فى حياته الزوجيـة أو فى تربية أطفاله أو حياته الاقتصادية أو علاقاته الاجتماعية ، قد ينتابه فقدان الذاكرة أو الهوجاج

أو الذهول الهستيرى ، او قد يعفى نفسه من المسئولية باظهار عجز جسمى ، كالشلل التحولى أو الألم التحولى أو نوبات الاغماء .

الصورة الاكلينيكية :

الهستيريا التحولية : تحدث الهستيريا التحولية فى معظم الاحيان فى الفترة مابين متوسط المراهقة ومتوسط الاربعينات ، على أنها تحدث ايضا بعد الاربعينيات كما تحدث احيانا فى الأطفال .

ويجب تمييز الهستيريا التحولية عن الامراض النفسجسمية . ففى الهستيريا التحولية يعانى المريض من فقدان الوظيفة الجسمية نتيجة لعوامل انفعالية ، لا نتيجة لمرض عضوى . فالمريض الذى يعانى من شلل هستيرى فى أحد أطرافه ، لا يعانى من مرض عضوى فيه ، ولكنه يعانى من حالة انفعالية أدت الى عدم القدرة على تحريكه ، بينما المريض الذى يعانى من مرض نفسجسمى ، يعانى حقيقة من مرض عضوى نتيجة لعوامل انفعالية . فقرحة الاثنى عشر مرض عضوى نتيجة لاضطراب انفعالى .

وتظهر الأعراض التحولية فى العضلات حيث الشلل الذى قد ينتاب احد اطرافه العليا أو السفلى ، أو كلا الطرفين العلويين او السفليين ، او كلا الطرفين على جانب واحد من الجسم او قد ينتاب الأطراف الأربعة . ويسهل التمييز بين الشلل الهستيرى والشلل العصبى ، ففى الشلل الهستيرى لا تختفى افعال الأربطة المنعكسة العميقة بل قد تزداد شدة ، كما أن علامة البابينسكى وغيرها من العلامات العصبية تكون عادية . ويمكن ملاحظة المرضى يتحركون فى نومهم تحركا عاديا ، او يمكن اثارتهم ليتحركوا عاديا بعد احداث تثاقل بحقنة اميتال فى الوريد مع مثير مؤلم

بدرجة بسيطة فى الطرف السفلى او العلوى . كما يمكن لبعض المرضي تحريك مجموعة عضلات فى حركة معينة وليس فى حركة أخرى . والعضلات التى ينتابها الشلل لا تضمر ، كما لا ينتاب المريض القروح .

وتتضمن نوبات الهستيريا التحولية حركات تشبه الحركات التوترية والتواترية فى حركات تشنجات الصرع الكبير . وقد تستمر النوبة من دقيقة الى ساعة او ساعتين . وغالبا ما تتضمن نوبة الهستيريا جمود الجسم كله مع انقباض وغلق العينين أو فتحهما بتفرس . وقد لا يفقد المريض شعوره اثناء النوبة أو قد ينتابه النسيان لما يحدث خلالها . واثناء النوبة لا يعض المريض على لسانه أو يتبول أو يتبرز كما يحدث فى النوبات العضوية . ويشيع هنا نوبات الاغماء ، فينتاب المريض هبوط ويستمر فى عدم الاستجابة من بضعة ثوان الى عدة ساعات ، بينما تبقى العلامات الحيوية وكل الأبعاد الجسمية عادية . ويشيع فى حالة الهبوط هذا تحريك الطرفين العلويين بدون هدف ورفرفة الجفون . وتحدث النوبات الهستيرية فى وجود الآخرين فقط .

ويتضمن الارتعاش الهستيرى الاهتزاز البسيط والشديد للطرفين العلويين والسفليين أو الراس الذى يشبه الى حد ما ارتعاش مرض العقد القاعدية أو غيره من الأمراض العصبية . ويختلف الارتعاش الهستيرى فى شدته من وقت لآخر فأحيانا قد لا يلاحظ وأحيانا اخرى قد يكون واضحا . وغالبا ما يختفى عندما يكون المريض بمفرده أو يشعر بأن احدا لا يلاحظه ويتضح الارتعاش عند فحص المريض طبيا .

وتشيع الأعراض التحولية البسيطة فى العضلات وتتضمن هذه الأعراض ضعف مجموعات العضلات الصغيرة وعدم اتساع حركاتها . فتقلص العضلات اثناء الكتابة يمكن اعتباره عرضا تحوليا بسيطا ، حيث

ان العضلات التى لا يمكن استخدامها بارتياح فى الكتابة يمكن استخدامها فى انماط اخرى من الأنشطة . والمريض الذى يعانى من فقدان الصوت الهستيرى قد يكون أبكم أو قد يتكلم فى همس فقط ويشكو من ضعف فى الصوت . وملاحظة الحبال الصوتية فى فقدان الصوت التحولى تكشف عن أنها فى حالة عادية .

وتتضمن الأعراض الحسية التحولية فقدان الاحساس والحساسية الزائفة والألم الهستيرى . وهذه الأعراض غالبا ما تكون غير محددة الموضع ، فقد تنتقل من يوم الى آخر . وقد تكون مواضع هذه الأعراض محددة تماما كالتنميل فى قمة الراس أو الألم الشديد المستمر فى المنطقة العصعصية . وتوصف الحساسية الزائفة الهستيرية على انها احساسات بالدبابيس او الابر فى المنطقة المتأثرة . وغالبا ما يوجد هناك صعوبة فى تشخيص الحساسية الزائفة حيث انها قد تنشأ عن اضطراب عصبى أو دموى .

والالم الهستيرى التحولى قد يكون حادا ومؤلما ويميل لان يكون مستمرا . والألم الذى يوصف بانه مستمر فى شدته دون توقف أو تذبذب لأسابيع او لأشهر يحتمل كثيرا ان يكون الما هستيريا . فالألم الذى يرجع الى اسباب عضوية يكون متذبذبا وعادة ما يكمن بعض الفترات . والمريض الذى يعانى من الألم الهستيرى غالبا ما يصفه بانه مؤلم ومستمر ، ولكن لا يبدو على المريض الضيق . وغالبا ما يقرر المريض بأن الألم يستمر ليلا ونهارا ولكن اقاربه يقررون بانه ينام جيدا . وغالبا ما لا يتأثر الألم التحولى بالمخدرات والمسكنات . ومع هذا فهناك بعض الحالات التى يتذبذب فيها الألم الهستيرى أحيانا وقد يختفى مؤقتا استجابة للعلاج الطبى .

والالم الهستيرى يمثل مشكلة تشخيصية فى الطب الاكلينيكي فاعراض الالم الهستيرى فى منطقة أسفل البطن والظهر وفى منطقة الحوض تثير خداعا فى التشخيص وتحتاج لمهارة كبيرة فى التشخيص لتجنب العمليات الجراحية غير الضرورية او العلاج الطويل الأمد لأمراض جسيمة لا وجود لها .

والأعراض التحولية فى الادراك الحسى تظهر فى اضطرابات الابصار والسمع أحيانا . والاضطرابات البصرية التحولية اكثر شيوعا وقد تأخذ صورة العمى ، والمجالات البصرية المحدودة ، والرؤية المعتمة ، والبقع أمام العينين ، وانحراف الأشياء عن حجومها الحقيقية ، ورؤية صورة مزدوجة اذا كانت احدى العينين مغلقة . وفى حالة العمى الهتستيرى غالبا ما يصف المريض عماه بأنه لا يرى الا مجالا أبيض وفى وقت آخر لا يرى الا سوادا . والعمى الهستيرى قد ينتاب العينين معا . وهذه الاضطرابات البصرية ككثير من الأعراض الهستيرية غالبا ما تظهر فجاة فى اقصي شدتها وقد تختفى وتعود للظهور بنفس الفجائية .

وجدير بالذكر ان نشير الى ان المريض الذى يعانى من اضطرابات تحولية لا يثيره هذا الأمر كثيرا ، فعدم ارتياحه نحو الأعراض التى يعانى منها اقل كثيرا مما يحدث للمريض الذى يعانى من نفس الأعراض نتيجة لأمراض عضوية . فالمريض الذى يعانى من العمى الهستيرى غالبا ما يظهر عليه عدم الاهتمام لما انتابه من عجز فجائى . والمريض الذى يعانى من شلل نصفى تحولى يواجه اضطرابه بهدوء غير عادى . ومع عدم الاهتمام هذا ، وخاصة لدى المرضى الذين يعانون من أعراض هستيرية بسيطة ، قد يعبر بعض المرضي عن كثير من الاهتمام نحو ما ينتابهم من اعراض .

والأعراض الهستيرية قد تقوم على أمراض عضوية احيانا . فالالم

الهستيرى قد يقوم على اضطرابات فى عظام الجزء السفلى من الظهر او على اضطرابات فى الحوض . وهذا التمويه الهستيرى ينتاب المريض ذو الاستعداد الانفعالى للأعراض الهستيرية والذى يعانى من اضطرابات عضوية تصبح الأساس الذى ترتبط به الأعراض الهستيرية . وهؤلاء المرضي قد يمثلون صعوبات كبيرة فى التشخيص والعلاج ، الأمر الذى يتطلب مهارة إكلينيكية . وقد يصعب احيانا ازالة العرض الهستيرى لأنه يساعد المريض على ان يتجنب به ضغوط التفاعلات البيئية . فالمراة السلبية الخجول قد تجد لا شعوريا فى ألم البطن الهستيرى أو فى ألم الجزء السفلى من الظهر ، ما يساعدها على الا تترك المنزل . وبذلك تتجنب المواقف الاجتماعية التى لا تشعر فيها بالارتياح . والعامل الذى اصيب فى العمل قد ينتابه تمويه هستيرى دائم يمنعه من العودة الى العمل الذى ينفر منه وقد يساعده على الحصول على تعويضات مالية .

وتشيع الاضطرابات الهستيرية بين الأشخاص المنخفضى التعليم ذوى المستوى الاجتماعى والاقتصادى المنخفض بدرجة أكبر منها بين الأشخاص الجيدى التعليم ذوى المستوى الاجتماعىوالاقتصادى المرتفع .

كما تشيع الاضطرابات الهستيرية ايضا بين الأشخاص غير الناضجين الذين ثبت نموهم الانفعالى وإمكانياتهم على التفاعلات البينية عند المستويات الطفلية .

الهستيريا التفككية : تتميز الاضطرابات التفككية بفصل انشطة المريض عن وعيه الشعورى بها . وتشمل هذه الاضطرابات فقدان الذاكرة الهستيرى وفقدان الذات وحالات تفكك الشخصية والهوجاج والذهول الهستيرى وحالات التهويم . والاضطرابات التفككية اقل شيوعا من الاضطرابات التحولية .

وفى حالة فقدان الذاكرة الهستيرية يفقد المريض ذاكرته فيما يتعلق بمن هو وبحياته السابقة الى وقت فحصه ولكن قد يمتد فقدان الذاكرة احيانا لبضعة ساعات أو أيام سابقة على بدء النوبة . والمريض بعد انتهاء النوبة تعاوده ذاكرته فيما عدا تذكره لأحداث فترة معينة وقد تكون عدة ايام أو اسابيع او اشهر . وتتميز نوبة فقدان الذاكرة الهستيرى بأنها تبدأ وتنتهى فجأة ، وغالبا ما يوجد ضغوط انفعالية واضحة فى حياة المريض تسبق النوبة مباشرة ، وعادة ما يتقبل المريض فقدان ذاكرته بهدوء ويبدو أنه لا ينزعج كثيرا بسببها . ولا يعانى من الحيرة التى تنتاب المريض الذى يعانى من فقدان الذاكرة العضوى عندما يبحث بقلق عن دليل يساعده على استعادة ذاكرته .

وفقدان الذات ، حالة تنشأ عن عمليات تفككية حيث اضطراب الشعور بالذات واحساس المريض بأنه قد تغير أو اصبح كأنه شخص مختلف عما يعهده فى نفسه . ويكون هذا مجرد احساس ، يدرك المريض انه حالة مرضية يعانى منها . وتعدد الشخصية ، نمط نادر جدا من الاضطرابات التفككية . وفى هذه الحالة ينتاب المريض حالتان منفصلتان من الشخصية ، فالشخصية الأولى هى الشخصية اليومية ، والشخصية الثانية شخصية مختلفة حيث يختلف سلوكه عن حالته العادية وعندما تنتاب المريض اى من الشخصيتين يفقد عادة ذاكرته للشخصية الأخرى تماما .

والهوجاج ، اضطراب تفككى يرحل فيه المريض مسافة طويلة مع فقدان ذاكرته وعدم التعرف على ذاته ، ثم يستعيد المريض ذاكرته الا من أحداث الفترة التى قام اثناءها برحلته وغالبا ما يسبق الهوجاج ضغوط انفعالية شديدة . وقد يبدو أن الهوجاج ابتعاد لا شعورى عن أزمة مؤلمة فى التفاعلات البيئية فى حياة المريض .

وفى الذهول الهستيرى ينتاب المريض شعور ملبد وينعزل عن الناس وقد يجلس او ينام هادئا دون وعى واضح بأحداث بيئته . واحيانا ينتاب المريض التثاقل او النوم العميق . وقد ينتاب المريض رفرفة الجفن او حركات واوضاع للطرفين والجسم شاذة من وقت لآخر . وقد يستمر هذا الذهول من بضعة دقائق الى عدة اسابيع .

وفى الحالات التفككية التى تعرف بحالات التهويم او الحالات الحالمة او الهذيان الهستيرى ينتاب المريض تلبد فى الشعور وهلاوس. وفى هذا النمط من الاضطراب التفككى قد يبدو ان المريض يعيش الاحداث المشحونة انفعاليا فىحياته مرة اخرى ، او قد يقوم بأفعال يرغب فيها لا شعوريا فيتحدث فى هذيان مع الاشخاص الذين يتخيلهم والذين يراهم ويسمعهم ، وقد يقوم بأفعال جسيمة . ومجموعة اعراض جانزر صورة من الاضطراب التفككى حيث تكون استجابات المريض لما يوجه اليه من اسئلة عديمة المعنى وغير دقيقة ، ولكنها مع هذا تدل على ان المريض قد ادرك الى حد ما طبيعة السؤال . وقد يقوم المريض بأفعال غريبة كأن يحاول الأكل عن طريق وضع الملعقة فى اذنه ، وتنتاب مجموعة أعراض جانزر الأشخاص الذين يقدم لهم الاضطراب النفسى وسيلة للهروب من مسئولية افعالهم حيث تنتاب السجناء الذين ينتظرون المحاكمة . ويعتبر معظم الأطباء مجموعة الأعراض هذه نوعا من الهستيريا التفككية ، لا نوعا من التمارض . فالمريض الذى تنتابه له تاريخ من مشاكل الشخصية وعدم الثبات الانفعالى .

ويجب تمييز الاضطرابات التفككية بدقة عن الأنماط الاخرى من الاضطرابات النفسية . فالذهول الهستيرى وحالات التهويم ، وحالات فقدان الذات وغيرها من الحالات التفككية يجب تمييزها عن الأعراض

الفصامية المبكرة والتى تبدو مشابهة من الملاحظة السطحية . واضطرابات التسمم والعدوى والتدهور واصابة المخ الحادة ، قد تؤدى الى فقدان الذاكرة الذى قد يظهر فى الهستيريا التفككية . وقد لجأ بعض الأطباء الى استخدام المقابلة بعد حقنة فى الوريد من الاميتال او البنتوثال لتمييز الأعراض التفككية عن اضطرابات المخ العضوية . فقد يستعيد المريض الذى يعانى من فقدان الذاكرة الهستيرى ذكرياته بعد أعطائه حقنة من الباربيتيورات على حين لا يستعيد المريض ذكرياته اذا كان فقدان الذاكرة نتيجة لمرض عضوى فى المخ . ولكن هذه الطريقة لا تؤدى الى نتائج دقيقة . حيث ان المريض الذى يعانى من فقدان الذاكرة الهيستيرى قد لا يعطى معلومات صادقة تحت تأثير الباربيتيورات ، وان المريض الذى يعانى من اضطراب عضوى فى المخ قد يقول قصصا ملفقة يصعب تمييزها عن الأحداث الحقيقية . كما ان استخدام الباربيتيورات مع حالة فصام بينية ، قد يؤدى الى حالة شديدة من الذهان . وعلى ذلك يجب التمييز بين أعراض الهستيريا التفككية والاضطرابات الفصامية المبكرة وكذلك الاعراض المخية العضوية الحادة على اساس من الدراسة الشاملة لحالة المريض الانفعالية والعصبية والدراسة الدقيقة لتاريخ حياته وتكوين شخصيته .

مسار المرض : لا تشيع الاضطرابات التحولية والتفككية بين الاطفال تحت سن الثانية عشرة . وعندما تنتاب هذه الاضطرابات الاطفال فى مرحلة ما قبل المراهقة ، يكون مسار المرض جيدا . فعادة ما يستمر العرض لبضعة ايام او اسابيع فقط ، ويختفى حتى بدون اى علاج محدد .

ويتوقف مسار الاضطرابات التحولية والتفككية ، التى تبدا فى مرحلة المراهقة او فى مرحلة البلوغ على :

١ — تكوين شخصية المريض .
٢ — الضغوط فى تفاعلاته البيئية .
٣ — طبيعة المكاسب الثانوية التى يحصل عليها المريض من اعراضه .
٤ — سرعة العلاج وكفاءته ومداه .

هذا بالاضافة الى ان بعض الأعراض تكون اكثر استمرارا من غيرها . ويعتبر تكوين شخصية المريض اهم عامل فى تحديد مسار المرض . فعندما يترسب اضطراب المريض الهستيرى بمحنة شديدة ويكون تكوين شخصيته سويا ، فان مسار المرض يكون جيدا ويمكن ان يشفى المريض من الاضطراب بعد زوال المحنة . واذا تميز تكوين شخصية المريض بعدم النضج الانفعالى وامكانيات ضعيفة للتفاعلات البيئية ، مع ترسيب الاضطراب بمحنة بسيطة نسبيا ، فان الاضطراب التحولى قد يستمر دون توقف لسنوات ، أو ان اضطرابا كفقدان الذاكرة الهستيرى قد يعاوده فى فترات تتراوح بين عدة ايام الى عدة اشهر لفترة طويلة من الزمن .

وتؤثر المحن التى يتعرض لها المريض فى حياته ايضا على مسار الاضطراب . فالمريض الذى يتسم بعلاقات بينية صحية يكون مسار مرضه أفضل من المريض الذى يتسم بصراعات فى علاقاته . وطبيعة المكسب الثانوى الذى يعود على المريض من اعراضه ذات اهمية كذلك فى مسار المرض . فاذا كان هذا المكسب بسيطا كان مسار المرض افضل منه عما اذا كان المكسب كبيرا . ويتحسن مسار المرض مع العلاج السريع ، فاذا استمر الاضطراب طويلا دون علاج فان تحسن المريض يصبح اكثر صعوبة وخاصة اذا ادى هذا الى مكاسب ثانوية للمريض .

ويتميز بعض انماط الاضطرابات الهستيرية بمسار افضل من البعض الآخر . فالمريض الذى يعانى من عرض تحولى حديث النشأة كشلل اليد أو فقدان الصوت ، يكون احسن حالا من المريض الذى يعانى من أعراض تحولية متعددة تنشأ خلسة . واضطراب تفككى كفقدان الذاكرة او الهوجاج والذى يحدث عندما يكون المريض فى محنة يتميز بمسار أفضل من الذهول الهستيرى والهذيان اللذين يتكرر حدوثهما فى فترات على مدى طويل من الزمن . ومجموعة اعراض جانزر تتميز بمسار جيد على الرغم من انها قد تستمر لعدة أسابيع أو لعدة اشهر .

العلاج : يقوم علاج الهستيريا التحولية اساساعلىالعلاج النفسى وقبل البدء به يجب ان يفحص المريض فحصا جسميا شاملا ، واذا لم يوجد اى دليل على المرض الجسمى فيجب الا يخضع المريض لمزيد من الفحص حتى ولو ظهرت أعراض جديدة ، فاستمرار الفحص والاقامة طويلا فى المستشفى قد يؤدى الى ظهور اعراض جديدة كما تؤدى الى تثبيت الاعراض القديمة .

ويجب أن يتذكر الطبيب انه يتعامل مع مشكلتين منفصلتين على الرغم من ارتباطهما ، أحداهما ازالة العرض والأخرى مساعدة المريض على فهم قلقه ودلالته . وعندما يوجد العرض التحولى كعجز يعوق المريض عن مواصلة انشطته الاجتماعية والمهنية ، يجب الاسراع فى ازالته قبل أن تزيد المكاسب الثانوية من صعوبة ازالة العرض . ومع سرعة ازالة العرض يجب ان يدرك الطبيب ان هذا سوف يؤدى اما الى قلق واضح أو عرض بديل . والايحاء والتنويم المغناطيسي والايحاء التخديرى، وسائل علاجية مفضلة لازالة الأعراض سريعا . وقد يستخدم الايحاء الذاتى لمزيد من الاسترخاء فى العضلات المتوترة ، كما تستخدم التمرينات

الرياضية ، وأحيانا ينصح بعلاج فسيولوجى بسيط كالتدليك ، ولكن على الطبيب أن يؤكد للمريض انه لا يوجد هناك اضطراب عضوى فى المنطقة المصابة ، وان العلاج الطبيعى ليس الا وسيلة لاسترخاء أجزاء الجسم التى لا تعمل جيدا بسبب المحنة الانفعالية . ثم يتبع ازالة الأعراض الهستيرية أو التقليل من شدتها العلاج النفسى للمشاكل الانفعالية التى تكمن وراء الاضطراب .

وفى حالة الهستيريا التفككية فان العلاج يقوم على الحاق المريض بالمستشفى أثناء النوبة . وعادة ما يشفى المريض من النوبة فى فترة تتراوح مابين يوم أو يومين الى اسبوع او اسبوعين . ثم يبدأ العلاج النفسى بعد انتهاء النوبة .

الاكتئاب العصابى

الاكتئاب العصابى اضطراب نفسي يشعر فيه الشخص بالقلق والحزن والتشاؤم وغالبا ما يشعر بالذنب أو العار كما يقلل الشخص من ذاته .

الاسباب : المريض الذى يعانى من الاكتئاب غالبا ما يعانى من كثير من الكراهية المكبوتة بسبب الرفض الانفعالى الذى يكون قد تعرض له فى طفولته وبلوغه . وهذه الكراهية المكبوتة تتجه الى المريض ذاته لانه لايستطيع ان يعبر عنها تعبيرا خارجيا ملائما ، وعندما توجه الكراهية داخليا الى ذات المريض فانه يشعر بعدم الأهمية والكفاءة وقد تصل الكراهية الموجهة داخليا الى درجة تحطيم الذات بالانتحار . وعندما تهدد الكراهية المكبوتة بالظهور فانها تغمر المريض بالاحساس بالذنب والقلق وهما عرضان للاكتئاب العصابى .

وينشأ الاكتئاب عندما يفقد الشخص شيئا ذا قيمة له ، كشخص عزيز عليه أو ممتلكاته او عمله أو مكانة اجتماعية ، الأمر الذى يثيرلديه قلقا شديدا يخفيه بما ينتابه من اكتئاب . وقد تثير الاحداث السارة الاكتئاب ، كزواج الابن او البنت حيث يرى المريض ان فى هذا الزواج نهاية لعلاقته بابنه أو بنته . كما ان الترقية الى منصب جديد قد تثير ايضا الاكتئاب حيث المسئوليات الجديدة التى قد تثير عدم الاحساس بالأمن والقلق وبالتالى الاكتئاب . كما ان التغير البيوكيميائى فى الجسم قد يكون عاملا يثير الاكتئاب ، فهناك حالات تستجيب جيدا للعقاقير المضادة للاكتئاب ، كما قد يحدث لها نكسات فجائية عندما تقلل المجرعات او توقفها .

الصورة الاكلينيكية : يتميز الاكتئاب العصابى بهبوط الانفعالات الامر الذى قد يصفه المريض بالشعور بالحزن أو بهبوط المعنويات ، واحيانا لا يستطيع المريض أن يعبر بوضوح عما يشعر به . ويستطيع المريض أحيانا ان يربط اكتئابه بحادثة فى علاقاته البينية ، واحيانا اخرى لا يستطيع تحديد العوامل التى ادت الى اكتئابه . وقد يحدث الاكتئاب العصابى فى أى سن من المراهقة الى السن المتقدمة .

وفى حالة الاكتئاب يجد المريض ان انشطته العادية قد فقدت كثيرا من معناها له ، ويتثاقل فى عمله ، ويبدو كل شيء مظلما وينظر الى الحياة بمنظار أسود ، وقد يفقد المريض شهيته ولكنه لا يفقد من وزنه الا القليل ، كما تقل رغبته الجنسية ولكن لا تنتابه العنة . ويشكو المريض من التعب ويضطرب نومه . وقد يشكو من اضطراب جسمى غامض ، وقد يشعر بالرغبة فى الصراخ أحيانا ، وأحيانا ينتابه البكاء . ويشعر المريض بعدم الأهمية والكفاءة كما يشعر بالذنب . ويشعر بأنه

لم يحصل على ما يجب ان يكون عليه فى الحياة ، ويضخم من فشله ويتغاضى عن نجاحه ، ويقلل من مواهبه ويغالى فى عيوبه وأوجه ضعفه . ويردد أخطاءه الأخلاقية التى ارتكبها فى الماضى ويشير نحوها بالذنب الشديد . والمريض الذى يعانى من الإكتئاب العصابى ، غالبا ما يعانى من أعراض عصابية أخرى بالاضافة الى عملية الاكتئاب الرئيسية . فيشيع القلق المزمن ، فغالبا ما يكون المريض غير مستقر او متوترا . واحيانا يعانى المريض من مخاوف بسيطة وخاصة من الأماكن المزدحمة والعامة . وقد ينتاب مريض الاكتئاب اعراض تحولية كآلام البطن والضعف العضلى . وتقل الأفكار الانتحارية فى حالات الاكتئاب العصابى عنها فى حالات الاكتئاب الذهانى .

مسار الاكتئاب العصابى : يستمر عادة الاكتئاب العصابى الذى لم يعالج من عدة اشهر الى سنة ونصف ثم يشفى تلقائيا . وبعض الحالات قد تستمر سنتين أو ثلاث سنوات . وينتاب معظم الحالات تذبذب فى مسارها ، وتنتهى بالتحسن التدريجى على مدى عدة اسابيع اواشهر . ويواصل المريض عادة عمله أو واجباته المنزلية أثناء الاكتئاب ، ولكن المرض يعوق قدرته . ويقلل العلاج من مدة المرض فى معظم الحالات .

العلاج : يستخدم كثير من الأطباء فى علاج الاكتئاب العصابى العلاج النفسي والعلاج بالعقاقير المضادة للاكتئاب معا . ففى العلاج النفسى يحاول المريض أن يكتشف المحنة التى اثارت اكتئابه وان يحلل العلاقات البينية غير الصحية فى حياته . ويجب أن يقوم الطبيب بدور فعال فى العلاج . لأن تشاؤم المريض وقلة طاقته يعوقانه عن الحديث بطلاقة عن مشكلاته . وبالاضافة فان بعض مرضي الاكتئاب يعتبرون انفسهم غير جديرين

بالعلاج ويشعرون بان على المعالج ان يقضى هـذا الوقت مع أشـخاص آخرين جديرين به . ويجد كثير من مرضي الاكتئاب صعوبة فى الحديث عن الأحداث المؤلمة انفعاليا فى حياتهم. واحساساتهم بالذنب تزداد مؤقتا بمناقشتهم فى احساساتهم بالكراهية نحو الأشـخاص الرافضين لهم فى الماضى والحاضر . ويخشي بعض المرضي من ان يكتشـف الطبيب امرهم فيرفضهم كما رفضهم الآخرون . وبسبب هذه المشاكل على الطبيب ان يسأل الأسئلة ويقـدم التعليقات والتفسيرات بطريقـة اكثر ايجابية عما يحدث فى العلاج النفسى للاضطرابات العصابية الأخرى اذا كان للعـلاج ان يستمر ويصل الى نهاية ايجابية .

وتفيد العقاقير المضـادة للاكتئاب فى حالات بعض المـرضى . ومن هذه العقاقير مجموعة مركبات ترايسيكلك الاكثر فاعلية والأقل مضاعفات ومنها الايلافيل والتوفرانيل ، والافينتيل ، وغيرها . والمجموعة الثانية مجمـوعة مونوامين او كسـيديز الكافة ومنهـا ، الماربلان ، رفينبلزين والنلارديل ، والنياميد وغيرها . ولقـد بينت الخبرة الاكلينيكية انه اذا وجدت الخصـائص التالية فى الاكتئاب العصـابى فان احتمال تحسن المريض يتزايد :

١ — ان تكون نشأة الاكتئاب محددة زمنيا ، والا يكون المريض قد عانى من الاضطراب الانفعالى لسنوات عديدة قبل هذا التاريخ .

٢ — وان يعانى المريض من الاحسـاس بعدم الأهمية والذنب وان ينتابه هذا الاحساس معظم الاحيان على الرغم من انه قد يتـذبذب فى شدته .

٣ — ان تزداد شدة الأعراض غالبا فى النهار حيث تسوء صـباحا ويشعر المريض بتحسن ما بعد الظهر وفى المساء .

٤ - ان يكشف تاريخ حياة المريض قبل نشأة الاكتئاب عن اضطراب قليل الدلالة ، باستثناء نوبة او نوبتين من الاكتئاب يكون المريض قد شفى منها تماما فى حينها . كما لا يكون قد عانى من اضطرابات عصابية كالمخاوف والوسواس والأعراض التحولية .

٥ - ان يفقد المريض من وزنه أكثر من اثنين من الكيلوجرامات . ففقدان الوزن الذى يتعرض له مريض الاكتئاب غالبا ما يدل على فقدان الشهية وفقدان الاهتمام بالأنشطة الحياتية عامة .

والمريض الذى تشمل صورته الاكلينيكية هذه الخصائص الخمسة يستجيب جيدا للعقاقير المضادة للاكتئاب . واذا لم توجد خاصية او أكثر من هذه الخصائص الخمسة ، فان استجابة المريض للعقاقير تقل.

واذا وجد اى من الخصائص التالية فى الصورة الاكلينيكية للمريض فانه لايحتمل أن يستجيب جيدا للعقاقير :

١ - أن يتميز اكتئاب المريض بالتذبذب الواضح ، فقد يشعر المريض بالتحسن النسبى يوما ويشتد الاكتئاب فى اليوم التالى .

٢ - أن يكون للمريض تاريخ طويل من الاعراض العصابية كالقلق والمخاوف ، وقد يصعب تحديد زمن نشأة اضطرابه الانفعالى الحالى .

٣ - لايشعر المريض بالذنب او عدم الأهمية ، ويشعر بأن الآخرين لم يحسنوا معاملته ويلومهم على اكتئابه واضطرابه .

واذا اشتملت الصورة الاكلينيكية للمريض على خاصية او اكثر فان احتمال تحسنه يقل كثيرا .

ومن أبعاد العلاج الاخرى أن يواصل المريض عمله او واجباته .

فالراحة فى المنزل أو الاجازة لاتساعد عادة ، فغالبا ما تعوق تحسنه لأن شعوره بالذنب وعدم الأهمية قد يزداد ، لانه لايقوم بعمله ومسئولياته .

يجب الا يتخذ المريض قرارات حياتية خطيرة أثناء فترةالاكتئاب فلا يجب ان يغير وظيفته أو يتخذ قرارات مالية خطيرة . فتشاؤم المريض وشعوره بعدم الاهمية لايسمحان بممارسة أحكام صحيحة . وينصح بعض الاطباء بالحاق المريض لفترة قصيرة بالمستشفى قد تبعد المريض مؤقتا عن المحنة المؤلمة فى البيت حتى يصبح اكثر قدرة على تناولها . وأحيانا ينصح بالحاق المريض بالمستشفى عندما يبدو على المريض احتمال الاقدام على الانتحار . وعلى اية حال ، فان الغالبية من المرضي لايحتاجون الالتحاق بالمستشفى ، ويحسن معالجتهم كمرضى خارجين . ولا ينصح بعلاج الصدمات الكهربائية لمرضى الاكتئاب العصابى .

النيورستينيا

يشعر المريض فى هذا الاضطراب بالتعب والاجهاد الجسمى والنفسى ، ويذهب بعض الاطباء الى عدم الاخذ بأن النيورستينيا اضطراب قائم بذاته . ولكن التقسيم العالمى للاضطرابات النفسيةيعتبر النيورستينيا أحد الاضطرابات النفسية ، غير أن الاعراض التى تميز هذا الاضطراب قد تظهر مع بعض الامراض الجسمية او الاضطرابات النفسية الاخرى كالاكتئاب أو الفصام .

الاسباب : يقوم الاستعداد الوراثى بدور فى الاصابة بهذا الاضطراب حيث تظهر الاعراض فى سن مبكرة جدا . كما يكون لدى

بعض الافراد ذوى النمط الجسمي النحيل حيث الصدر الطويل الضيق والرقبة والاطراف الطويلة والعضلات النحيلة ، استعداد للاصابة بهذا الاضطراب . ولقد اثير أمر التسمم الداخلى كسبب من اسباب النيورستينيا ، الا انه لم يثبت ان التسمم الداخلى من اى نوع لهدوره. ومن العوامل المسببة لهذا العصاب زيادة المسئوليات وظروف العمل الشاقة والاحباط . كما انه قد يعقب بعض الامراض الجسمية أو النفسية .

الصورة الاكلينيكية : هناك عديد من أعراض النيورستينيا ، اكثرها شيوعا الشعور بالضعف والتعب والآلام فى اى جزء من الجسم واحساسات جسمية غريبة . وينتاب المريض غالبا الارق والاستثارة وفقدان الوزن ، وقد يشكو المريض من الصداع واضطرابات الجهاز الهضمى وانتفاخ البطن والامساك .

وقد تتضمن الصورة الاكلينيكية زيادة سرعة دقات القلب،والدوار والعرق واصفرار الجلد وبرودة الاطراف وزيادة الحساسية .

وقد يتأثر توتر العضلات مع ارتعاش فى جفون العينين واللسان واليدين . وقد ينتاب المريض نقص فى الانتباه والتركيز ، كمالايستطيع المريض ان يواصل المجهود العقلى أو الجسمى . وتتميز الحالةالمزاجية بعدم الثبات وتصبح الحياة فى نظر المريض سلسلة من الكوارث .

العلاج : يجب ان يتضمن العلاج كلا من الجانبين النفسى والجسمى حيث نواجه مريضا يشكو من الوهن الجسمى والنفسي .

ويتضمن علاج الجانب الجسمى العلاج الطبى العام والتمرينات الرياضية المتدرجة ، والالعاب والعمل اليدوى لزيادة التحمل الجسمى

للمريض ، ولتقديم موضوعات تشغله بعيدا عن التفكير فى صراعاته . وقد يلزم الحاق المريض بالمستشفى لتقديم برنامج العلاج المناسب . والوسيلة المفضلة لعلاج الجانب النفسي ، هى العلاج النفسى الذى يقوم على مناقشة صراعات المريض ومشاكله وتوضيح العلاقة بين العوامل الانفعالية والاعراض الجسمية .

عصاب توهم المرض

يتميز عصاب توهم المرض بانشغال المريض الزائد واهتمامه الشديد بصحته الجسمية والنفسية مع الشكوى من اعراض جسمية لايوجد لها اى سبب جسمى واضح ، واحيانا يعانى المريض من بعض الاضطراب الجسمى البسيط المحدد ، ولكن الوهم يجعله يحس باعراض اكثر من حقيقة مرضه . ويفرط فى مناقشة اعراضه واساليب تشخيصه وعلاجه ، وقد يعالج نفسه بكثير من العقاقير والمركبات غير الموصوفة له ، وغالبا ما يستشير الاطباء والمعالجين من غير الاطباء على اختلاف انواعهم . والاعراض التى قد يشكو منها المريض قد تشمل كل اجهزة الجسم ، ولكن تشيع الشكوى من الصداع والتعب والارق واضطرابات الجهاز الهضمى وآلام الظهر والصدر ، وعدم الارتياح غير المحدد فى منطقة الاعضاء التناسلية وآلام الجزء السفلى من البطن وآلام الحوض.

ويميل مسار المرض لان يكون مزمنا فكثير من المرضي يتشكك فى أن الاعراض التى يشكون منها ترجع الى اسباب انفعالية ويرفضون لذلك العلاج الطبنفسى . ويرى بعض علماء التحليل النفسي ان المريض يخفى دوافعه وصراعاته فى اعضاء جسمه المختلفة حيث يصبح مشغولا بها ، بينما يرى البعض الآخر أن المريض قد نكص الى أو ثبت على ، مستوى انفعالى طفلي ، يهتم فيه المريض بجسمه ، وأن العالم الخارجى

لم يتضح له بعد . ويرى بعض الاطباء ان العملية الرئيسية فى عصاب توهم المرض ترجع الى الانتقال من الحالة الانفعالية الناشئة عن العلاقات البيئية المضطربة فى الماضي والحاضر الى الانشغال الشديد بوظائف الجسم وامراضه . ونتيجة لهذا الاضطراب يقيم المريض كل علاقاته مع الآخرين على اساس المناقشات المتواصلة لاعراضه الجسمية وامراضه المحتملة واستشاراته الطبية وما يأخذه من علاج . وتقل اهتماماته بمجالات الحياة الاخرى حيث أن انشغاله بوظائف جسمه وامراضه تجذب انتباهه .

العلاج : يعالج توهم المرض بالاسلوب الذى يعالج به اضطراب انيورستينيا . ولكن على المعالج ان يكون على وعى بتحديد ما اذا كان بصدد اضطراب عصابى او ان افكار توهم المرض قد اتخذت حالة الهذاء واصبحت بذلك دليلا على الفصام أو الاكتئاب الذهانى . كما ان كثيرا من الاضطرابات النفسية تتضمن توهم المرض كجزء من الصورة الاكلينيكية .

عصاب انعدام الذاتية

اضطراب عصابى يضطرب فيه الادراك فيشعر المريض بانعدامه او بأن تغيرا قد انتابه ، فيبدو للمريض ان انفعالاته وافكاره وافعاله غريبة وغير واقعية . كما يشعر المريض أيضا بأن بيئته اصبحت غريبة وغير واقعية .

وانعدام الذاتية قد يظهر كخاصية فى عديد من الاضطرابات النفسية كالاكتئاب وعصاب الوسواس والقلق والفصام .

اضطرابات الشخصية

تتميز هذه الاضطرابات بانحراف فى تكوين الشخصية بالقدرالذى يحد من امكانيات الشخص على الحيـاة الاجتماعيـة المتوافقة . حيث لايكون لدى الشخص القدرة المناسبة على تكوين علاقات مع الآخرين ، فلا يمكنه ان يتوافق مع شريك حياته ولا مع زملائه فى موقع عمـله ، ويكون فى حالة استثارة وغضب دائما كما لايأخـذ نفسـه بالحـدود والضوابط التى يتطلبها المجتمع ، ولا يمكنه أن يكون فى حالةمن الاكتفاء الاقتصادى . وسنتناول هذه الاضطرابات فيما يلى :

الشخصية البارانويد

يتميز الشخص الذى يعانى من اضطراب الشخصية البارانويد ، بالتشكك فيمن حوله ويعتقد انهم يكنون له الكراهية والحقد . وقـد يتشكك المريض فى كل فرد أو قد يتشكك فى عدد قليل أو فى جماعةمعينة من الاشخاص . ويتسم كثير من الاشخاص بالبرود والابتعاد عنالآخرين والنكد والانعزالية ، وكثرة ترديد ما قد يحدثه الآخرون منإيذاء بسيط لهم ، كما يتسم هؤلاء الاشخاص بالاستثـارة التى قد تظهر فجـأة فى نوبات من الغضب والتشكك وتتميز حياتهم الاسرية بالمشـاكل . ولا يستطيع الشخص البـارانويد ان يقيم علاقات وثيقـة مستديمـة . واضطراب الشخصـية البارانويد يختلف فى شـدته ، فقـد يحـدث الاضطراب بدرجة بسيطة حيث يكون له تأثير بسيط نسبيا فى عـلاقات الفرد مع الآخرين . وقد يكون الاضطراب بدرجة متوسطة مما قديلائم مجال النجاح المهنى ولكنه يسبب عادة كثيرا من المشاكل فى علاقاتالفرد ويعوق توافقه فى كثير من المجالات الاجتماعية . وفى الحالات الشديدة الدرجة يسود التشكك تفكير الشخص ، حيث يشمل هذا التشكك كل

من حوله . وفى الحالات الاكثر شدة ، لم يعد الافراد الذين يعانون من اضطراب البارانويد يصنفون على أنهم يعانون من اضطراب الشخصية البارانويد ، ولكن يصنفون على انهم يعانون من اضطراب البارانويا أو حالات البارانويد أو فصام البارانويد ، تبعا لشدة الحالة وغرابة هذاءات البارانويد . ويذهب البعض الى القول بأن الاضطراب يحدث عندما يشعر الفرد بعدم كفاءته واهميته ويلقى اللوم على الآخرين . ويرى أن المشكلة ليست فى كونه عديم الكفاءة وعديم الاهمية ، ولكن الآخرين الحقودين هم الذين يجعلون منه كذلك . وبهذا يحرز الفرد احساسا باحترام الذات والاهمية بنشأة أفكار البارانويد . ويهدم سلوك البارانويد هذا ، امكانية الفرد على ان يندمج فى علاقات وثيقة ، وهذه الانعزالية والابتعاد عن الآخرين تزيد من سوء تفسير المريض لسلوك من حوله .

وتبدأ احساسات الشخص البارانويد بعدم الكفاءة منذ الطفولة المبكرة ، وتزداد شدتها أثناء الطفولة المتاخرة والمراهقة حيث يتعرض الفرد للرفض والكراهية من والديه ومن الآخرين . وعلى ذلك ينشأ لديه الاعتقاد بأنه عديم الاهمية وان العالم من حوله يحقد عليه ويكن له الكراهية ، الامر الذى يؤدى به الى التشكك فى الآخرين ، فلا يستطيع تكوين علاقات وثيقة معهم . ونتيجة لهذا ايضا فان الاشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية البارانويد يرفضون العلاج النفسي فى معظم الحالات ولا يستفيدون منه الا قليلا . فقد تزيد هذه الوسيلة من العلاج من استثارة المريض وتشككه .

وقد ينتاب الشخص الذى يعانى من اضطراب الشخصية

البارانويد بدرجة بسيطة لفترة طويلة ، اضطراب أكثر شدة من اضطرابات البارانويد . وقد يحدث ذهان البارانويد خلسة ، الامرالذى يصعب معه ان نقرر متى انتقل المريض من الحالة البسيطة من اضطراب الشخصية البارانويد الى الحالة الشديدة من ذهان البارانويد . وفى حالات اخرى ، فان كوارث الحياة او الضغوط فى العلاقات مع الآخرين قد تؤدى فجأة الى حالة شديدة من ذهان البارانويد كما أن حالات من ذهان البارانويد قد تنتاب الاشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية البارانويد فى سنوات عمرهم المبكرة ، عندما يبلغون متوسط العمر او العمر المتقدم ، وذلك بسبب مشاكل التكيف لكثير من الضغوط الانفعالية والعلاقات الجديدة فى هاتين المرحلتين من العمر .

الشخصية الدورية

ينتاب الشخصية الدورية فترات من الابتهاج يتبعها فترات من الاكتئاب البسيط ، ويحدث تغير الحالة الانفعالية هذه مرة كل عدة اسابيع أو مرة كل عدة اشهر او عدة سنوات . ويشعر الشخص اثناء فترة الابتهاج بالحيوية والثقة بالنفس والمرح . فيقوم بوضع الخطط وتنفيذ المشروعات وتكون علاقته بالآخرين طيبة . بينما يشعر الشخص اثناء فترة الاكتئاب بالتعب والحزن وعدم الثقة بالنفس ويقل نشاطه كما يكون فى عزلة اجتماعية الى حد ما .

وعلى اية حال ففى حالة اضطراب الشخصية الدورية لايكون طور الابتهاج من الوضوح بحيث يمكن اعتباره حالة من الهوس ، كما يكون الشخص اجتماعيا ولديه امكانيات اعطاء المحبة للآخرين وتقبلها منهم ، ويمكن أن يعبر عن معظم احساساته بصراحة وبارتياح . وترجع أسباب اضطراب الشخصية الدورية الى الاصابة الانفعالية اثناء سنوات التنشئة

والتى تترك الشخص فى شك من كفاءته واحترام ذاته وقيمته كشخص. فالرفض الانفعالى وتقليل الاهمية والكراهية من الآخرين فى سنوات عمره الاولى تترك الشخص فى حالة من الاكتئاب يخفيها بحالة من الابتهاج . فيسعى للاتصال بالآخرين ليؤكد لنفسه دائما بأن تقبلهم وحبهم له ، يجعله يظهر بمظهر الشخص المحترم المحبوب ، كمايستخدم التحصيل كمسار آخر يدعم به احترام ذاته .

والشخص الذى يعانى من اضطراب الشخصية الدورية لا يكون لديه غالبا الدافع للعلاج حيث أن تذبذب الحالة الانفعالية لايصل الى درجة يتسبب معها صعوبات فى العلاقات مع الآخرين ، كما لايجد هناك حاجة للعلاج أثناء فترة الابتهاج ، وان حالة الاكتئاب ليست من الالم بحيث تدفعه الى طلب العلاج . وعلى أية حال فان الشخص الذى يعانى من هذا الاضطراب ، اذا سعى للعلاج فانه يستفيد منه احيانا . ومن الملاحظ أن مرضي الهوس أو الاكتئاب الذهانى أو الاكتئاب العصابى يكون لهم احيانا تاريخ من الشخصية الدورية . وان نسبة ضئيلة جدا من الشخصيات الدورية ينتابها هوس أو اكتئاب ذهانى او اكتئاب عصابى .

الشخصية الفصامية

تتسم الشخصية الفصامية بالانعزالية والخجل والخوف من العلاقات الوثيقة مع الآخرين ، وعدم القدرة على الاندماج فى انشطة مع الآخرين ، والتعبير عن الشعور بالسيطرة والكراهية . وتصارع الشخصية الفصامية الشعور بعدم الكفاءة والشعور بالنقص حيث تحاول أن تقلل من حدته بأحلام اليقظة . وحيث ان الشخص يجد العلاقات مع الآخرين غير مريحة فانه غالبا ما ينسحب الى عالم من الخيال ، وقد

يقضى وقتا طويلا فى اعمال عقلية بمفرده او اعمال ميكانيكية او واجبات منزلية . وعادة ما يكون الشخص حساسا لما يشعر به الآخرون نحوه .

وتنشأ الانعزالية التى يتسم بها الشخص الفصامى عن خبرات الطفولة والمراهقة المبكرة التى تجعله يخشى العلاقات الوثيقة مع الاخرين . فالتبلد والنقد الذى يصدر عن الوالدين الرافضين الكارهين له اثناء سنوات التنشئة يجعلانه يتوقع نفس المعاملة من الآخرين . وتتضح الشخصية الفصامية غالبا فى الطفولة ، ولكنها تصبح اكثر وضوحا اثناء المراهقة وبداية فترة الشباب ، عندما تكون هناك مجالات اوسع للعلاقات مع الآخرين ، حيث تصبح الانعزالية اكثر وضوحا .

ويلاحظ أن هناك بعض الشخصيات الفصامية التى تخفى خجلها بواجهة من الثرثرة أو النشاط وقد تكون ناجحة مهنيا ، ولكنها غالبا ما تسعى الى ظروف الحياة التى تتطلب قليلا من العلاقات مع الآخرين . ويمكن لشخصيات فصامية ان تقيم علاقات طيبة فى مجال الاسرة الصغيرة ، ولكنها خارج هذه الاسر تتسم بالخجل والانعزالية . ويجب الا نخلط بين مفهومى الشخصية الفصامية والفصام . فالشخصية لها اتصال بالواقع ، ولكنها تجد صعوبة فقط فى العلاقات الوثيقة مع الآخرين ، بينما الفصامى يفقد اتصاله بالواقع وتنتابه الهلاوس والهذاءات بالاضافة الى الانعزالية عن الآخرين . كما يلاحظ ان نسبة قليلة من الشخصيات الفصامية قد تتعرض للاضطرابات الذهانية الفصامية .

وتختلف الشخصيات الفصامية كثيرا فى دوافعها للعلاج وقدرتها على الاستفادة منه . ويجب الا يتم العلاج النفسى بطريقة عدوانية ، فقد يؤدى هذا الى قلق الشخص الشديد اذا دفع الى التعرف على

علاقاته المؤلمة فى حياته المبكرة التى ادت الى اضطرابه . ففى بعض الحالات عندما يتسم العلاج النفسي بالشدة أو عندما ينفذ المعالج الى تكوين شخصية المريض بأساليب كالتنويم المغناطيسي أو المقابلات التى يستخدم فيها الباربيتيورات ، فانه قد يظهر على المريض حالة من الفصام . لهذا قد لايكون من المفيد استخدام العلاج النفسى مع الشخصية الفصامية اذا اظهرت قلقا شديدا فى التعرف على تكوينها وخبرات حياتها .

الشخصية الاندفاعية

يتميز هذا الاضطراب بنوبات من الغضب الشديد ، يوجه فيه الشخص السباب الى الآخرين ، كما يستخدم احيانا العدوان الجسمى . وبعد نوبة الغضب ينتابه الاسف ويطلب الصفح عما صدر منه . ولا يستطيع الشخص السيطرة على افعاله اثناء نوبات الغضب هذه ، التى قد تحدث يوميا او مرة كل عدة اسابيع . ويتذكر المريض بوضوح ما يصدر منه أثناء نوبة الغضب . ويكون توافقه عادة مع الآخرين بين هذه النوبات جيدا كما يكون اجتماعيا ومحبوبا .

والشخصية الاندفاعية قد تعانى من كثير من الكراهية المكبوتة ، التى قد تختلط بالشعور بالذنب والقلق والتى تظهر فى السلوك الاندفاعى عندما يتعرض الشخص للضغوط والتوترات المختلفة .

الشخصية الوسواسة القهرية

يتسم الشخص فى هذا الاضطراب بالنظام الزائد وعدم التبذير وتبلد العلاقات مع الآخرين . ولا يستطيع الشخص تحمل عدم النظام والقذارة والاعمال غير المكتملة . وقد يستطيع القيام بكثير من الاعمال

فى مثابرة لاتضعف ولكن ينقصه المرونة فى العمل . والشخص الذى يعانى من هذا الاضطراب بدرجة شديدة ، قد ينتابه الاكتئاب او القلق اذا حرم من أعماله اليومية التى اعتاد عليها وما يكون قد وضعه من برنامج عمل ، ويجد صعوبة فى العطلات ويميل لأن ينتابه الشعور بالذنب اذا لم يعمل . كما يتسم بالضمير الحى وقد يكون شديد التمسك بالاخلاق ويتبع حرفية القانون وينتابه الشعور بالذنب عندما لا يأخذ به .

والدرجة البسيطة من خصائص الوسواس القهرى لازمة حتى لايتخبط الفرد فى عدم الانتظام ، ولكن الدرجة الشديدة من هذا الاضطراب تعوق الفرد عن التحصيل والعلاقات الطيبة مع الآخرين حيث التباعد والتبلد الانفعالى فى العلاقات .

وينشأ هذا الاضطراب عن الاسباب ذاتها التى تؤدى الى عصاب الوسواس القهرى ، ولكنها تكون عادة اقل حدة . كما ان عصاب الوسواس القهرى لاينتاب معظم الاشخاص الذين يعانون من الشخصية القهرية ، ولكن نسبة قليلة منهم يتعرضون لهذا العصاب ، وخاصة عندما يتعرضون لضغوط شديدة فى علاقاتهم .

وتختلف نتائج العلاج النفسى لحالات هذا الاضطراب ، فنادرا ما يؤدى العلاج النفسي الى الشفاء الكامل ، ولكن غالبا ما يستطيع المريض ان ينمى علاقات طيبة مع الآخرين ، ويصبح اكثر مرونة فى تناوله للامور . وتبدو صعوبة العلاج النفسي لهؤلاء الاشخاص فى انهم يتناولون العلاج بنفس الآلية والبرود التى يتناولون بها الانشطة الاخرى ، فغالبا لايندمجون بانفعالية فى عملية حل مشاكل تفاعلاتهم مع الآخرين .

ويتضح هذا الحاجز للعلاج النفسى فى الحالات الشديدة ، ولكن الحالات البسيطة والمتوسطة فى شدتها يمكنها غالبا تناول انفعالاتها بعمق اكثر فى العلاج النفسي . كما يمكنها احراز التقدم فى مواجهة مشاكلها .

الشخصية الهستيرية

يتميز هذا الاضطراب بعدم النضج والتمركز حول الذات والكبرياء واحيانا السلوك التمثيلى ، كما يتميز بالبحث عن جذب الانتباه وفى كثير من الحالات يتظاهر بالخجل مع الجنس الآخر ، ولكنه قد يظهر سلوكه الجنسى بطريقة استعراضية فاضحة . ومن أعراض هذا الاضطراب ايضا التقلب الانفعالى حيث ينتقل الشخص من حالة المرح الى الحزن واليأس أو الغضب ، ثم المرح مرة أخرى ، ويتم ذلك فى دقائق . وقد يكون التوافق الاجتماعى للشخص الهستيرى جيدا الى حد ما اثناء فترة المراهقة والسنوات الاولى من مرحلة العشرينات حيث تكون مسئولياته قليلة نسبيا . وعندما يطالب بالمسئوليات كشريك حياة ، وكوالد ، والتى لايكون لديه ما يلزمها من نضج ، فانه يبحث عن احد يمكن أن يعتمد عليه ، وعن آخرين يتحملون المسئوليات التى لا يكون قد اعد لها . واذا لم يجد هذا الدعم الاجتماعى والانفعالى ، فانه غالبا ما يجد تعويضا فى حالات الالم ونوبات الاكتئاب والاعراض الجسمية المزمنة ، وتعاطى الكحول والمخدرات . وعلى اية حال ، فان الاعراض الهستيرية التحولية والتفككية تحدث فى نسبة قليلة فقط من الاشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية الهستيرية .

ويرجع هذا الاضطراب الى ان الشخص لايجد اثناء سنوات تنشئته المحبة والحدود الواقعية لسلوكه والعلاقة الناضجة الوثيقة ، وبهذا

يبقى طفليا ويتمركز حول ذاته ويرى الآخرين على انهم مصادر اشباع او عدم اشباع لحاجاته .

ويصعب علاج الشخصية الهستيرية لانها لم تتعود العلاقةالطيبة، وبهذا يجد الشخص صعوبة كبيرة فى التعامل مع المعالج ، وغالباما يلجا الشخص الى استخدام المراوغة والتهديد بالانتحار ليدفع المعالج الى القيام بما يريد . وعادة ما تكون محاولة المريض الانتحار غير جادة ولكنها أحيانا ما تكون جادة بسبب لحظة من اليأس الحقيقى . والحاق المريض بالمستشفى ، لايفيد لهذا النمط من الاشخاص ، على الرغم من انه يكون ضروريا احيانا لانه يقدم للمريض وسيلة للهروب من مواجهة مشاكل حياته .

الشخصية اللااجتماعية

الشخص اللااجتماعى يكون فى صراع مزمن مع الآخرين ومع المعايير الاخلاقية للمجتمع ، وينقصه الحس بحقوق واحساسات الآخرين ، كما ينقصه امكانية تكوين علاقات تتميز بالاخلاص والمحبة. ويتسم الشخص اللااجتماعى بالتمركز الشديد حول ذاته مما يؤدى به الى عدم ادراك معاناة ورغبات وحقوق الآخرين . والشخص اللااجتماعى لايشعر نحو افعاله الا بقليل من الذنب أو القلق أو الخجل ، ويتسم بعدم تحمل المسئولية كما يتسم بقلة القدرة على تحمل الاحباط او تأجيل اشباع حاجاته ، كما تكون اهدافه قصيرة ولا يستطيع العمل بمثابرة نحو تحصيل اهداف بعيدة ، ولا يتعلم من العقاب او الفشل ويندفع باستهتار وراء دوافعه حيث يؤثر الاشباع السريع . وعندما يحاسب الشخص اللااجتماعى عن نتائج افعاله يحاول غالبا ان يتجنب

ذلك بالكذب أو قد يبدو فى بداية الامر مقنعا ولكن سرعان ما يظهر عدم صوابه عندما تراجع عباراته فى ضوء الحقائق .

ويبدو بعض الاشخاص اللااجتماعيين وكأن التعامل معهم سهل وسار وذلك اذا كانت المعرفة بهم سطحية . وهناك آخرون يتسمون بالغضب والثورة ضد المجتمع وعاداته واخلاقياته . كما ينحرف البعض الى الجريمة . فعدد كبير من المختلسين والنصابين والبغايا والمجرمين المعتادى الاجرام يقعون فى هذا النمط من الاضطراب .

وتبدأ مشاكل علاقات الشخص اللااجتماعى فى الظهور أثناء فترة الطفولة المتأخرة ، فيتسم عندئذ بالمراوغة والتمرد والخداع فى علاقاته مع والديه وزملائه . وقد يبدأ ميله الى تجنب نتائج افعاله بالكذب . وتصبح مشاكله اللااجتماعية عادة أكثر وضوحا اثنــاء المراهقــة حيث تصبح علاقاته أكثر تعقيدا وتزيد مسئولياته . ففى المراهقة يتضــح عدم مبالاته بالدراسة وتظهر ثورته نحو والديه والسلطات المدرســية وغيرهم من البالغين ، وقد يمارس افعالا غير قانونية ، وقد يتعــاطى المخدرات . وفى البلوغ يدخل غالبا فى سلسلة من الزواج والطــلاق ، ولا يهتم الا قليلا بأطفاله ، ولا يعبأ بما يحدث من ضرر للأسر التى يتركها محطمة . ويشيع تعاطى الكحول بين الاشخاص اللا اجتماعيين فى البلوغ كما يحدث أحيانا ادمان للمخدرات .

وقد يحقق بعض الاشخاص نجاحا اقتصاديا وذلك فى بعض الاعمال حيث لايكون الاتصال الوثيق مع الآخرين ضروريا . كما قد يحقق البعض ممن يعانون من الاضطراب بدرجة بسيطة أو متوسطة مكانة اجتماعية وذلك فى مجال اجتماعى لايعرفه فيه الا قليــل من الافراد . ومع هــذا

التقدم الاقتصادى أو الاجتماعى فان حياة الشخص اللا اجتماعى الاسرية وغيرها من العلاقات الوثيقة تتميز بالاضطراب . والشخص الذى يعانى من الاضطراب بدرجة شديدة يتعرض لمشاكل شديدة فى علاقاته فى كل مجالات حياته وغالبا ما يعانى من العجز الاقتصادى والاجتماعى .

وقد تؤدى العلاقات غير الصحية أثناء الطفولة وبداية المراهقة الى الشخصية اللا اجتماعية . ففى كثير من الحالات تكون علاقات الطفل بكل من والديه مؤلمة فلا يكون هناك تقمص لأى منهما . وغالبا ما يرفض كل من الوالدين الطفل ويعاملانه بتبلد أو باستثارة بينما يكونان مشغولين بمشاكلهما . كما لايوجد هناك من يحل محل الوالدين فى اشباع حاجاته . فتمر سنوات التنشئة دون ان يوجد نمط جيد للعلاقات يصوغ عليه نمط حياته . فأخلاقيات الشخص وتقاليده وتوافقه فى علاقاته تنشأ الى حد كبير من علاقاته الصحية اثناء طفولته ومراهقته . وعندما لايحصل الشخص على حد ادنى من العلاقات الصحية فى سنوات تنشئته فانه قد ينشأ دون المعايير الاخلاقية والاجتماعية اللازمة للحياة الناجحة فى المجتمع وقد يصبح شخصا لا اجتماعيا .

وهناك بعض التشابه بين اضطراب الشخصية اللا اجتماعية الشديدة وتغيرات الشخصية التى قد تحدث لبعض المرضى نتيجة الالتهاب السحائى أو غيرها من اصابة القشرة المخية حيث يتسم الشخص بالاستثارة والاندفاعية وعدم الاحساس باحساسات الآخرين، وقد يلفق القصص غير الحقيقية ليفلت من نتائج انحرافاته السلوكية ، وقد ينتابه نوبات من الغضب .

وعلى ذلك يرى بعض الاطباء أن بعض حالات الشخصية اللااجتماعية ترجع الى الالتهاب السحائى أو غيره من اصابات القشرة المخية . وفى بعض الحالات قد يرجع الاضطراب الى اصابة المخ التى تحدث قبل الميلاد او اثناءه أو بعده مباشرة . ولكن يرى معظم الاطباء الآن ان امراض المخ العضوية تؤدى الى الاضطراب فى نسبة قليلة جدا من الحالات ، وعلى هذا يجب البحث عن أسباب الاضطراب فى بيئة الطفل أثناء طفولته ومراهقته .

ومعظم الذين يعانون من اضطراب الشخصية اللا اجتماعية لايكون لديهم الدافع للعلاج النفسي ليتعرفوا على مشاكل شخصيتهم . حيث ينقصهم القلق المؤلم والشعور بالذنب . ويعتقد بعض الاطباء ان الشخص اللااجتماعى غير قابل للعلاج . ولكن بعض الاطباء يقررون أن هناك حالات ينجح فيها العلاج النفسى . والمريض الذى يستفيد من العلاج يكون فى مرحلة المراهقة أو فى بداية مرحلة البلوغ ، كما يكون لديه قدر من القلق أو الشعور بالذنب يدفعه الى العلاج ، وحيث تكون مشاكل شخصيته بسيطة أو متوسطة الدرجة ، كما يكون لديه بعض خصائص الشخصية الصحية التى يمكن استخدامها فى العلاج .

ولكن المريض الذى يعانى من الاضطراب بدرجة شديدة ، وخاصة اذا كان قد تعدى السنوات الاولى من مرحلة البلوغ ، فانه نادرا ما يستفيد من العلاج النفسي .

الشخصية الواهنة

تتميز الشخصيه الواهنة بالاستجابة غير المناسبة للمثيرات العقلية والانفعاليه والاجتماعيه والجسميه . ولا يستطيع هؤلاء الاشخاص

التكيف عامة لمواقف معينة كالزواج او الحياة المنزلية أو العمل حيث يتسمون بعدم الثقة فى النفس والتردد والاعتماد على الآخرين وعـدم الحيوية وسرعة التعب وعدم تحمل اى ضغط .

ويلاحظ ان اساليب العـلاج المختلفـة لا يمكن ان تغير كثيرا من الخصائص الأساسية لاضطرابات الشـخصية . ولكن هناك ادعاءات عن فاعلية انواع العلاج المختلفة فيقال ان المجرمين المعتادى الاجـرام الذين يقعون ضمن مجموعة اضطراب الشخصية اللا اجتماعية يزداد توافقهم الاجتماعى نتيجة للعـلاج بعقار ال . اس . دى بالاضـافة الى العـلاج الجماعى فى ظل مجتمع صحى .

واستخدام العقاقير فى علاج اضطرابات الشخصية قليل الفائدة . كما أن الكثيرين يفضلون العلاج الجماعى عن العلاج الفردى حيث يظهر فى العلاج الجماعى أوجه التشابه والفروق بين المريض والآخرين ، كما يجد المريض الفرصة لتكوين علاقات ويتعلم أن يعيش مع الآخـرين بالتعديل من سلوكه .

الاضطرابات الجنسية

تتضمن هذه الاضطرابات، الانحرافات الجنسية حيث يتم الاشباع بوسيلة غير الجماع الجنسي العادى بين الجنسين المختلفين . كما تتضمن الاضطرابات التى تصاحب الاستثارة والرغبة الجنسية وذروة الجماع .

الجنسية المثليـــة

تعرف الجنســـية المثلية بالرغبة فى الاتصال الجنسي مع افراد من نفس الجنس . ويسمى السلوك الجنسى المثلى بين الاناث بالســحاق . وتعتبر الجنسية المثلية اكثر الانحرافات الجنسية شيوعا ، ولكن نسبة شيوع هذا الانحراف لا تعــرف بدقة ، وتختلف من مجتمع الى آخر . ويعيش بعض المرضى سلوكا من الجنســـية المثلية غير خفى ، بينما يخفى البعض هذا السلوك بسلوك من الجنســـية الغيرية . وتتميز بعض المهن بزيادة نسبة السلوك الجنسي المثلى بين افرادها ، فتشمل هذه المهن فى حالة الذكور ، التمثيل والرقص وتصــفيف الشــعر ، وفى حالة الاناث تشمل اعمال الميكانيكا ، والهندسة .

ولا يقتصر السلوك الجنسي المثلى على طبقة اجتماعية اقتصــادية معينة . كما قد يصاحب الجنسية المثلية صــور أخرى من الانحرافات الجنسية .

الاسباب : يذهب البعض فى تفسير الجنســـية المثلية الى القــول بوجود مكونات من الجنســـية المثلية والجنســـية الغيرية فى كل فــرد . وسيادة دافع الجنسية المثلية يرجع الى عوامل بيولوجية كالتشوهات البيوكيميائية أو الوراثية او الجسمية . وترجع هذه النظرية البيولوجية اساسا لدراسة كولمان للجنسية المثلية على عينــة من الذكور . فقــد وجد ان درجة الاتفاق فى التوائم المتحددة للجنســـية المثليــة ١٠٠ فى

المائة ، وان درجة الاتفاق فى التوائم المنفصلة أعلى منها فى عينة الذكور من غير التوائم . وعلى أية حال فان تفسير هذه الارقام كان موضع جدل حيث ان العوامل النفسية والاجتماعية لم تؤخذ فى الاعتبار بالقدر المناسب .

وتقوم نظرية التحليل النفسي فى تفسير الجنسية المثلية على عدم حل الموقف الأوديبى ، الأمر الذى يدفع الولد بان يتقمص شخصية امه والبنت تتقمص شخصية ابيها . وقد يأتى الولد بهذا عندما يكون الاب سلبيا وعديم التأثير فى حياة ابنه ، بينما تكون الام مسيطرة ولها النفوذ فى الاسرة . وفى حالات أخرى يرفض الأب الولد ويبعده عنه لتقوم الام بتنشئته فتكون علاقة الولد بها وثيقة . وبهذا التقمص مع الأم يتبنى الولد اتجاهات انثوية ويأخذ فى البحث عن شركاء من الذكور . وعندما تتقمص البنت شخصية ابيها تتبنى اتجاهات ذكرية وتأخذ فى البحث عن شركاء من الاناث .

ويرى البعض ان الجنسية المثلية فى حالات كثيرة تنشأ من خطأ فى النمو ، حيث تتيح ثقافاتنا فرصا للجنسية المثلية اثناء الطفولة المتاخرة واوائل المراهقة . فيضع المجتمع حواجز قوية ضد اختلاط افراد الجنسين بينما يسهل الاختلاط بين افراد من نفس الجنس . والولد أو البنت الذى يعانى فى هذا الوقت بعض الارتباك فى الاتجاه الجنسى قد يثبت على الجنسية المثلية اذا كانت تجربته الاولى من هذا النوع .

وقد تؤدى المواقف الى حالة من الجنسية المثلية المؤقتة كالخوف من عدم الكفاءة الجنسية ، وتجريب العملية الجنسية اثناء المراهقة والظروف التى لا يوجد فيها شركاء للجنسية الغيرية كما فى السجون .
وقد تظهر الجنسية المثلية فى بعض حالات الذهان وكصورة من صور السلوك اللا اجتماعى بقصد الخروج على تقاليد المجتمع وقواعده .

الصورة الاكلينيكية : لا يقتصر سـلوك الجنسية المثلية على مرحلة معينة من العمـر بل قد يحدث فى اى سن . وعادة ما يحدث النضـج الجنسى فى حالة الجنسية المثلية مبكرا عنه فى حالة الجنسية الغيرية . وغالبا ما يسود الانشغال بالجنس حياة المرضي .

وفى حالة الذكور قد تظهر بعض الحالات انوثة فى مظهرها او سلوكها او ايماءاتها او كلامها ، ولكن معظم الحالات تكون سـوية فى مظهرها . ومن الملاحظ ان المظهر ليس له علاقة بنوع النشاط الجنسي المفضـل اى النشـاط الايجابى او السـلبى . كما ان كثيرا من الحالات لديها بعض الميل الى النسـاء ، ولعدد غير قليل محاولات ناجحة من الجنسية الغيرية. وسلوك الجنسـية المثلية فى حالة الذكور يتباين ولكنه يشمل العشـق والتقبيل والاستمناء المتبادل ومص القضيب والجماع بين الفخذين ، وفى بعض الحالات الجماع عن طريق الشرج . ويوجد هناك الحب والكراهية كما تتبادل الحالات الأدوار السلبية والايجابية .

وفى حالة الاناث تتبـاين عـلاقات المريضـة ما بين العـدوانية والسيطرة ، والخضوع والتواكل . كما تتميز العلاقة بين الشريكين فى حالة الاناث بدرجة اكبر من الثبات عنها فى حالة الذكور . ويشمل سلوك الجنسية المثلية بين الاناث التقبيل والعشق واثارة الثـدى والاعضـاء التناسـلية باليد والفم والجماع الجنسى الغيرى باسـتخدام قضـيب صـناعى .

العلاج : لقد بدأ الاتجاه التشـاؤمى نحو عـلاج حالات الجنسـية المثلية فى الاختفاء ، حيث تزداد الآن نسبة نجاح العـلاج . وهناك دلائل يمكن ان تشير الى نجاح العلاج ، كالعلاج المبكر قبل ان يمارس المريض تماما اسـلوب حياة الجنسـية المثلية والمحاولات السـابقة من الجماع

الجنسي الغيرى ، والاعجاب بالأب ، والاحلام ذات المضمون من الجنسية الغيرية ، وعدم وجود اتجاهات أنثوية .

وعلاج التحليل النفسي الطويل الأمد يعطى تغيرا ذا دلالة . ولقد ذكر ان نسبة نجاح هذا النوع من العلاج تصل الى ٣٠ فى المائة ولكن هناك من يتشكك فى مثل هذه النسبة المرتفعة ويذهب الى القول بان التغير الحقيقى والمستمر فى سلوك الجنسية المثلية يكون نادرا . والعلاج السلوكى يقوم على عرض صور تتضمن محتوى من الجنسية المثلية على المريض لاثارته ، وفى نفس الوقت يحقن بالابيومورفين أو يعطى صدمة كهربائية بسيطة لاحداث حالة اشمئزاز شديدة للمثير الجنسي . ولقد تباينت نتائج نجاح هذا الاسلوب من العلاج .

والعلاج بالعقاقير لا فائدة فيه ، غير أن عقاقير المهدئات الكبيرة والصغيرة تفيد فقط فى علاج الأعراض النفسية المصاحبة . ويجب أن نمنع هرمونات الاندروجينز حيث انها تزيد من الدافع الجنسى دون ان تغير اتجاهه . ولقد ذكر ان العلاج الجماعى يفيد فى هذه الحالات حيث يوضع المريض عادة فى مجموعة غير متجانسة ، غير ان بعض المعالجين ذوى الخبرة يرون عدم استخدام هذا الأسلوب من العلاج فى مثل هذه الحالات .

الاستعراء

يعرف الاستعراء الذى يحدث فى معظم الاحيان بين الذكور بعرض الأعضاء التناسلية فى الاماكن العامة كوسيلة للاشباع الجنسى . وعادة ما تجد الاناث لذة بدرجة اكبر فى عرض أجزاء اخرى من الجسم .

ويذهب الاطباء فى تفسير هذا الاضطراب الى ان المريض يعانى من

احساسات عميقة بالعجز الجنسي ، وانه يخاف لا شعوريا من أن جهازه التناسلي ليس من الكفاءة لاشباع شريكه ، ويسعى ليؤكد لنفسه كفاءته الجنسية بعرض اعضائه التناسلية .

وفى كثير من الحالات يقوم بتنشئة المريض أم مسيطرة تعطيه عطفها فقط مادام خاضعا لها ، وغالبا ما يكون الأب ضعيفا لا فاعلية له ولا يقوم بدور فعال فى تنشئة المريض . وبهذا ينشأ المريض بتقمص ضعيف للدور الذكرى مع احساسات بالعجز الجنسي والحاجة الى برهنة ذكورته بأساليب غير ناضجة منحرفة . ويبدأ الاستعراء فى نهاية المراهقة او اوائل مرحلة البلوغ وعادة ما يستمر معظم سنوات حياته ، على الرغم من ان المرض قد يتوقف بتقدم السن . ويشيع الاستعراء فى مرحلة ما قبل المراهقة ، ولكنه لا يعتبر هنا انحرافا . ففى حالة الانحراف يؤدى الاستعراء الى الاستثارة الجنسية التى تصل الى ذروة الجماع سواء تلقائيا أو بالاستمناء .

والاستعراء غالبا ما يكون قهريا يأتى به الشخص بين الغرباء وفى الشوارع المزدحمة او فى السيارات أو فى المسارح مع الشعور بالذنب بعد العملية . وغالبا ما يتسم المرض باضطرابات اخرى فى الشخصية كالاضطرابات السادية والماسوكية .

ويعتبر العلاج النفسي أسلوب العلاج الاساسى ولكن فائدته قليلة .

التفـــرج

يعرف التفرج بالحصول على الاشباع الجنسى من مشاهدة الاعضاء التناسلية او الأنشطة الجنسية للاخرين . والتفرج اكثر شيوعا بين الذكور منه بين الاناث . وغالبا ما يعانى المريض من قلق بسبب النشاط الجنسى ، فيسعى للاشباع الجنسي بمشاهدة الآخرين فى جماع جنسي أو عندما يكونون عرايا . وأثناء هذه المشاهدة قد يقوم المريض بعملية

الاستمناء او يتخيل انه فى حالة جماع جنسى مع الشخص الذى يشاهده. وفى بعض الحالات يقوم المريض بجماع جنسي غيرى ، ولكنه لايجد فيه اشباعا لحاجته الجنسية فيسعى لهذا الاشباع بالتفرج .

ويشيع التفرج فى مرحلة ما قبل المراهقة لمجرد السعى فقط الى الاستثارة الجنسية . وفى حالة البالغين قد يكون التفرج سمة سوية كما فى المداعبة التى تسبق الجماع الجنسي والاستثارة التى تسببها مشاهدة الافلام الجنسية أو الكتب التى تتناول هذا الموضوع . ويظهر الانحراف فى حصول المريض على اشباعه الجنسي بالمشاهدة القهرية والمتكرر للآخرين .

ومسار الاضطراب مع العلاج النفسى يكون حميدا ، حيث ان الحالات حديثة السن تتحسن بنضجها ، كما ان الحالات المتقدمة فى السن تغير من سلوكها نتيجة خوفها من العواقب القانونية .

تحول الزى

يعنى تحول الزى حصول الشخص على الاستثارة الجنسية والاشباع الجنسي بارتداء ملابس الجنس الآخر . وتحول الزى اكثر شيوعا بين الذكور منه بين الاناث . وعادة ما يقوم المريض بارتداء ملابس الجنس الآخر فى سرية تامة ، على الرغم من انه قد يظهر بها امامالآخرين أحيانا ، وفى كثير من الحالات قد يرتدى ملابس الجنس الآخر تحت ملابسه العادية .

ويبدأ تحول الزى عادة فى مرحلة الطفولة المتاخرة والمراهقة . ويرى بعض الاطباء أن تحول الزى غالبا ما يتوقف فى اوائلمرحلةالبلوغ. كما يرى بعض الاطباء الذين قاموابدراسة تحولالزى أن نسبة قليلةمن مرضي تحول الزى قد يتجهون الى الجنسية المثلية اثناء مرحلة المراهقة وأوائل مرحلة البلوغ ، بينما يتجه معظم المرضي الى الجنسية الغيرية فى مرحلة البلوغ .

والشـــخص فى حالة تحـــول الزى يعـــانى من ارتبـــاك فى التقمص الجنسى ، فأحيانا يشعر بتقمص شخصية النســـاء واحيـــانا يتقمص شخصية الرجال . ففى حالة الاستثارة الجنسية عندما يرتدى ملابس المراة . وفى تحول الزى تقوم الام عادة بدور أكثر فاعلية من الاب فى حياة الجنس الآخر يتخيل نفسه فى دور الرجل واحيانا يتخيل نفسه فى دور المـــريض ويشـــعر المـــريض بأنه أكثر ارتباطا بهـــا من أبيـــه ، ويتقمص شخصيتها جزئيا . وعلى الرغم من ان الأب اقل ارتباطا بالمريض من أمه ، الا انه يقوم بدور كاف يمكن ان يتقمص المريض شخصيته جزئيا . وبهذا يكون تقمص المريض لشخصية كل من الوالدين قويا بدرجة كافية لكى يقوم تماما سواء بدور الجنسية الغيرية او الجنسية المثلية ، وينشأ تقمص يتميز بالارتباك الامر الذى يؤدى به الى اضـــطراب تحول الزى . وفى كثير من الحالات قد يكون هناك أشخاص مقربون ، كالاخوة والاجـــداد ، يقومون بأدوار ذات دلالة فى تكوين شخصية المريض ويمنعون اضطراب الشخصية الشديد الذى يؤدى الى الجنسية المثلية . هذا بالاضافة الى ان العوامل الاجتماعية فى مرحلة المراهقة واوائل مرحلة البلوغ قد تدفع المريض الى التقيد بدوره كذكر أو كأنثى وتكون عاملا اساسيا فى تبنى الشخص لاتجاه الجنسية الغيرية .

وحالات تحول الزى غالبا ما تتسم بالسرية والاكتئاب والتشـــكك مع حياة من الجنســـية الغيرية تتميز بعدم الكفاءة . ويعتبر الاســـتمناء بالاحتكاك بالملابس وسيلة للحصول على ذروة الجماع واحيانا قد يكـــون النشاط الماسوكى أثناء الاستثارة الجنسية شديدا .

ويعتبر مسار المرض سيئا . الا ان العـــلاج النفسى قد يخفف من قلق المريض واكتئابه .

الفيتيشيـــــة

تعرف الفيتيشية بأنها الحصول على الاستثارة الجنسية والاشباع من موضـوعات كالاحـذية أو الملابس الداخلية او من اجزاء من الجسم كالاقدام او الشـعر تتعلق بأفراد من الجنس الآخـر . ودائما ما يظهر هذا الاضـطراب بين الذكور حيث يمـر المريض بخبرات تتركه فى حالة خوف شديد من العلاقات الوثيقة بالجنس الآخـر . وعلى الرغم من ان اتجاه المريض نحو الجنس يتميز بالجنسـية الغيرية الا انه لا يسـتطيع الاتصـال جنســيا بالجنس الآخـر وعلى ذلك يبحث عن بدائل رمزية للاتصال . وغالبا ما يتسم المريض بالعدوان واللا اجتماعية .

وغالبا ما يفيد هنا العلاج النفسي حيث يوجد فرصة جيدة لزوال المرض والتخفف من بعض القلق المصاحب .

الســادية والماســوكية

تتضـمن السـادية الحصـول على الاستثارة الجنسية والاشباع الجنسي عن طـريق احـداث الالم أو الاهانة بالشريك ، بينما تتضـمن الماسوكية الحصول على الاستثارة الجنسية والاشباع الجنسي عن طريق المعاناة من الألم أو الاهانة . ودائما ما توجد السادية والماسـوكية معا ، على الرغم من سيادة احداهما على الأخرى ويشار اليهما بالسادوماسوكية.

الاسباب : وتحدث السادية فى معظم الأحيان عند الذكور ، وترجع الى الكراهية العميقة نحو افراد الجنس الآخـر . وفى كثير من الحالات يعانى المريض من شكوك واضحة فى كفاءته الجنســية وذكورته فيحاول التخفيف من هذه الشكوك بعدوانه الشديد فى انشطته الجنسية . وقد ترجع السادية الشـديدة التى تتميز بالاندفاعية والعنف والقسـوة الى

مرض عضوى فى المخ . وتنتاب الماسوكيــة كلا الجنســين وترجع الى الاحساس الشديد بالذنب وعدم الاهمية وبهذا لا يســتطيع الاسترخاء والحصول على ذروة الجماع الا اذا تعرض للمعاناة الجسمية التى يشعر انها تبرئه من احســاســات الذنب . كما ترجع الماســوكية الى الكراهية المكبوتة التى يشعر نحوها المريض بالذنب والتى يشعر بان العقاب فقط يطهره منها .

الصورة الاكلينيكية : فى حالة الاضــطراب السادى يذهب المريض الى عض شريكه او جلــده او اى تعــذيب جســمى آخر او اســتخدام أساليب اخــرى من الاهانة ، والاغتصــاب بالاكراه من الافعال السادية الشديدة . والقتل الشــبقى ، انحراف سادى شــديد يتضــمن القتل وتشــويه الجثــة للاشــباع الجنسي ، حيث يتم الاشــباع عادة بعملية الاســتمناء . وعادة ما تتميز حالات الســادية الشــديدة ، وربما دائما بالذهان . وتتضمن الماســوكية المعاناة للتخفيف من الاحســاس بالذنب وعدم الأهمية . وفى الحالات الشديدة قد يكون من الضرورى للاســتثارة الجنسية افعال نكوصية كالكلام الفاحش وحب مشاهدة البراز واكله.

العلاج : يلزم فحص المريض فحصا عصبيا شاملا فى كل الحالات الشديدة ، واكتشاف اى مرض عضــوى قد يتطلب جراحة عصــبية . والتنبؤ بمسار المرض يكون سيئا فى الحالات التى ترجع الى الاضطرابات النفسية الشديدة ، ولكن العلاج النفسى قد يكــون ذات قيمة فى خفض الاحساس بالذنب اللا شعورى والدوافع العدوانية . واذا وجد الذهان تستخدم المهدئات الكبيرة وربما الصدمات الكهربائية .

تحـــول الجنس

يعرف تحول الجنس بالرغبة القهرية الشعورية فى ان يغير الشخص من جنسه . فتحول الجنس فى حالة الذكور يتضح فى أن يفكر الشخص ويحس ويقوم بأفعال كما تفعل الأنثى ، على الرغم من انه يكون سويا من الناحية البيولوجية . وبهذا يتميز الشخص عن الخنثى حيث الخصائص البيولوجية غير السوية بوجود الخصائص الذكرية والانثوية معا .

الاسباب : يعتقد ان التنشئة غير الصـحية فى الطفولة تؤدى الى نشأة الرغبة فى تحول الجنس . فالطفل الذكر الذى ينظـر اليه على انه بنت صغيرة ، وتلبســه أمه ملابس الاناث كما تصرح بأنها كانت ترغب فى ان يكون بنتا غالبا ما تنشأ لديه اتجاهات انثوية .

الصورة الاكلينيكية : يعانى المريض من احساس شـعورى بعـدم التجانس مما يؤدى به الى الرغبة القهرية فى تغير جنســه تشريحيا الى درجة انه قد يرغب فى ان تتم له عملية جراحية لتغيير جنسـه .

العلاج : تعتبر الوقاية عن طريق التنشئة الصحيحة للطفـل من الأهمية بمكان حيث ان التنبؤ بنتيجة العلاج يكون سيئا فى الحالات التى استقر بها الاضطراب . وفى السنوات الاخيرة استخدم عديد من المراكز الطبية العمليات الجراحية التى تقـوم على ازالة القضـيب والخصيتين وتحويل كيس الخصيتين الى مهبل مع أعطاء الاستروجينز لازالة شـعر الوجه . ولكن لا يوجد عملية جراحية مشابهة لتحـول الجنس فى حالة الاناث . ولقد اتضح أن المدخل النفسى اكثر أهمية من المدخل البيولوجى فى علاج تحول الجنس ، الأمر الذى ينطبق ايضا على حالات التخنث .

حب الاطفـــال

يعرف حب الاطفال بالاستثارة الجنسية والاشـباع الجنسي عن طريق الاتصال الجنسي بطفل أو شـخص غير ناضـج جنسـيا من كلا الجنسـين . والمريض الذى عادة ما يكون ذكرا قد يكـون اما حالة من الجنسية الغيرية او الجنسية المثلية والحالة الاخيرة أكثر شيوعا .

ويرجع هذا النمط من الانحراف الى احساس المريض بعدم الكفاءة الجنسية فيتجنب الجماع مع شخص بالغ لاعتقاده أنه قد يسـخر منه او يرفضه ، وعلى ذلك ينجذب الى الاطفال الذين لا يؤذونه . والمريض كما فى حالة الجنسية المثلية يتقمص شخصـية امه التى كانت ترفضه وتسبب له الاحباط ، ويعامل الاطفال بالاسـلوب الذى كان يرغب أن يعامل به عندما كان طفلا .

ونادرا ما قد تؤدى اصابة المخ العضوية الى اضطراب حب الاطفال فى السن المتقـدم وعادة ما يكـون هناك عنة جزئيـة ، وعلى ذلك يقتصر الاشـباع على المغـازلة والاسـتعراء ، ونادرا ما قـد يحـاول المريض الجماع الشرجى مع الطفل وايذاءه جسـميا . والعـلاج النفسى يكون العلاج المفضل . وبسبب ما يوجد هناك من ابعاد سادوماسـوكية فان مسار المرض يكون سيئا .

حب الحيـــوانات

يتضـمن حب الحيـوانات الحصـول على الاشـباع الجنسى من الحيـوانات . ويدل المفهـوم عادة على الجماع الجنسي الحقيقى مـع الحيوانات ، وليس الاستثارة الجنسـية بمشاهدة النشـاط الجنسي

الحيوانات او صورة من الفيتيشية التى قد يكون فيها اشياء حيوانية موضوع الجنس .

ويشيع اضطراب حب الحيوانات بين الافراد الذين يعيشون فى المناطق الريفية ، ومنعزلون اجتماعيا ويتسمون بشخصية فصامية او بتسمون بالذهان او التخلف العقلى وقد يمارس الأذكياء والمثقفون هذا الانحراف احيانا عندما يكونون فى حالة من التسمم .

ولعلاج هذه الحالات يستخدم العلاج النفسى ، كما قد تستخدم أساليب اخرى من العلاج فى الحالات التى تتسم بالذهان .

العنــة

تعرف العنة بعدم انتصاب القضيب او ضعفه مما يعوق الجماع .

الاسباب : على الرغم من ان اكثر الأسباب شيوعا للعنة تكون نفسية ، الا أنه قد لوحظ أيضا ان هناك اسبابا عضوية . فالحالة العامة للجسم من انيميا وسوء تغذية وامراض معدية واورام وسكر ونقص هرمون الثوركسين لها أثرها على الانتصاب . كما ان امراض الجزء العجزى من الحبل الشوكى واضطرابات المثانة والبروستاتا ، وفقدان الخصي فى اصابة او فى جراحة قبل المراهقة والعوامل الفسيولوجية من اجهاد وتقدم فى السن قد تؤدى الى العنة . واستخدام هرمونات كالاستروجينز فى علاج اورام البروتستاتا ، وكذلك استخدام العقاقير المهدئة والمنومة بكثرة قد يقلل من الرغبة الجنسية ويؤدى الى العنة . وقد يؤدى استخدام الكحول بطريقة معتدلة الى زيادة فى الرغبة الجنسية . ولكن قد يؤدى الى العنة فى حالة التسمم ، وايضا بعد تعاطي الكحول لفترة طويلة .

والعوامل النفسية كالقلق أو الخجل او الشعور بالذنب او الخوف او الغضب قد تؤدى الى العنة . فهناك العنة التى تنتاب الشخص عندما يقبل على أول جماع جنسي له . وهذه العنة قد ترجع الى الخوف من الفشل او ايذاء الشريكة . وهناك العنة التى ترجع الى الخوف من الاجهاد الذى يؤثر على القلب . والغضب من الشريكة او كراهيتها قد تؤدى الى العنة . وقد تكون العنة عرضا من اعراض اضطراب نفسي كالاكتئاب او الفصام ، وقد تكون تعبيرا عن النفور من الجماع نتيجة لاتجاه عام ضد الجنس وضد الاناث . كما ان العنة ترتبط بالاضطرابات الجنسية ، فالرجال الذين يعانون من الجنسية المثلية الكامنة أو الصريحة او يعانون من اضطرابات جنسية أخرى غالبا ما يتعرضون للعنة فى الجماع الجنسى الغيرى . وفى حالات نادرة قد لايمكن تحديد سبب العنة.

العلاج : فى حالة العنة التى ترجع الى أسباب عضوية يعطى العلاج الطبى المناسب ، وفى حالة العنة التى ترجع الى ضغوط موقفية حادة ، فان الارشاد والتخفيف من الشعور بالذنب والقلق ، تعطى نتائج طيبة سريعة . ويمكن ان يتعاطى المريض المهدئات البسيطة او الكحول بكميات صغيرة قبل النوم . واذا لم تتحسن الحالة فيجب أن يخضع المريض للعلاج النفسى . مع أعطاء المريض العقاقير المضادة للاكتئاب اذا كان يعانى من حالة اكتئاب . ويفيد العلاج بالهرمون فقط اذا وجد دليل اكلينيكيعلى اضطراب هرمونى . ويمكن استخدام تستسترون بروبيونات فى حالة صغر الخصي . ولا يفضل معظم الأطباء والمرضي الوسائل الميكانيكية المساعدة ، ولكن يتقبل المرضي احيانا جبيرة للقضيب .

اضطرابات القذف

القذف المبكر : يعرف القذف المبكر بذروة الجماع التى تحدث قبل ادخال القضيب فى المهبل أو بعد ادخاله مباشرة . وهذا العجز الشائع الى حد ما يسبب ضيقا للرجل ويقلل من الاشباع الجنسي للانثى . وهذا الأمر يثير اهتمام الزوجين اللذين يهتمان باتمام ذروة الجماع فى وقت واحد .

الاسباب : تنشأ ذروة الجماع والقذف المبكر من رد فعل انعكاس عندما تصل المثيرات النفسية واللمسية عتبة فارقة معينة . ويرغب معظم الرجال فى ان يستمر الجماع مدة طويلة حتى تصل الشريكة الى حالة الذروة ، أو على الأقل قبل الذروة ببضع دقائق . وفى معظم حالات القذف المبكر تحدث الذروة بعد بضع ثوان من الجماع . وبالاضافة الى ما يسببه القذف المبكر من عدم اشباع المراة ، فأنه يسبب للرجل ضيقا حيث تكون الذروة قصيرة وأقل لذة .

وتظهر الأسباب الجسمية للقذف المبكر فى زيادة التوتر الجنسى وزيادة الحساسية القضيبية . وقد يكون القذف المبكر دنيلا على ضعف الدافع الجنسي وضعف الانتصاب . ويرجع القذف المبكر ايضا الى اضطرابات عصابية كالاحساس بعدم الكفاءة ومخاوف الاخصاء والصراعات الاوديبية .

العلاج : التقليل من المثيرات النفسية ، وتتضمن هنا اساليب مختلفة يمكن استخدامها أثناء الجماع لتأخير الذروة كانشغال العقل بموضوعات غير جنسية أو ضم عضلة فتحة الشرج مع استمرار ضمها . والتقليل من المثيرات اللمسية بتقليل الاحتكاك بجدران المهبل بتوسط

القضيب فيه او ادخاله بعمق . وتقليل المثيرات اللمسية ايضا بتقليل حساسية حشفة القضيب باستخدام غشاء القضيب المطاطى او باستخدام مرهم دايبوكين قبل الجماع بنصف ساعة .

كما يمكن علاج القذف المبكر بتغيير العتبة الفارقة للاستثارة ، حيث يستثار القضيب يدويا الى مرحلة قبل الذروة مباشرة ثم يترك ليهدأ . وتتكرر هذه العملية عدة مرات . وبعد عدة أيام أو أسابيع من هذا التمرين يمكن لعملية الجماع ان تطول بوضوح .

واذا كان القذف المبكر يرجع الى اضطرابات عصابية فيجب استخدام العلاج النفسي . ومسار الاضطراب يكون جيدا عامة ولكن يشيع وجود انتكاسات .

وبالاضافة الى القذف المبكر فهناك تأخر القذف وعدم القذف والقذف بدون ذروة . وهذه الاضطرابات قد ترجع الى اضطرابات عصبية كأورام فى النخاع الشوكى أو الاضطراب فى المسالك البولية او كمضاعفات لبعض العقاقير كالعقاقير المضادة للاكتئاب . كما ان هذه الاضطرابات قد ترجع الى صراعات عصابية شديدة .

ويقوم العلاج هنا أيضا على ازالة الاضطرابات العضوية ، وعلى العلاج النفسى الذى يتناول الاضطرابات العصابية .

البرود الجنسى

يمكن تعريف البرود الجنسى بالنقص الجزئى أو الكلى للذة الجنسية أو الاشباع الجنسي للمراة . والبرود الجنسي اضطراب شائع ، ولكنه لا يحدث عند المراة عجزا كما تحدث العنة عند الرجل من عجز . فالمرأة يمكن ان تؤدى الجماع دون ان يكون لها رغبة أو دون ان تحصل على لذة . والبرود الجنسى الشديد قد يكون له آثاره على الحياة الزوجية حيث يسبب الاستياء والكراهية والاحباط لكلا الزوجين .

ودرجة الاستثارة الجنسية للمراة تختلف من وقت لآخر تبعا لحالتها الانفعالية . والبرود الجنسي انواع ، فهناك الاحساسات السلبية نحو الجماع . وهذا النوع اشد أنواع البرود ، ويرتبط الشعور بالاشمئزاز من الجماع بالشعور بالخجل والشعور بالذنب والقلق . وقد يوجد ايضا الم فى الحوض او انقباض فى المهبل . وهناك عدم الاستثارة الجنسية ، حيث يكون للمراة رغبة فى الجماع ، ولكن لا ينتابها الا قليل من اللذة او لا ينتابها اى لذة كما لا تصل الى ذروة الجماع . وفشل الوصول الى الذروة نوع آخر من البرود حيث يكون لدى المراة الرغبة ويمكن ان تستثار جنسيا ، ولكنها لا تصل الى الذروة .

ويذكر بعض الاطباء ان البظر يعتبر المنطقة الرئيسية للذروة وان التغيرات الفسيولوجية التى ترتبط بالذروة البظرية تحدث ايضا فى الذروة المهبلية . وبذلك يبرهنون على عدم وجود ذروة مهبلية منفصلة أو اكثر نضجا . فالنساء كالرجال ينتابهن ذروة واحدة فقط ولكن الذروة فى كل من الرجال والنساء يمكن ان تختلف كثيرا فى الشدة والاستمرار .

الاسباب : قد يرجع البرود الجنسي الى الامراض الحادة او المزمنة أو الى امراض الغدد الصماء . كما يرجع الى الاضطرابات العصبية للاعصاب التى تغذى المنطقة التناسلية . ومع ان الدافع الجنسي يزداد تدريجيا بتقدم السن ، الا ان الرغبة الجنسية تقل مع بلوغ سن اليأس ، ولكنها لا تختفى تماما . وعلى اية حال فالاضطرابات النفسية التى تشيع فى مرحلة اليأس قد تؤدى الى البرود الجنسى والتعب أيضا من الاضطرابات الفسيولوجية التى تؤدى الى البرود . وكثير من الاضطرابات كالتهاب الغشاء الداخلى للرحم والتهاب المثانة

والتهاب المهبل والشفرتين ، تؤدى الى آلام الجماع الذى يؤدى بدوره الى القلق والبرود .

وبينما تؤدى المهدئات الكبيرة الى انخفاض الرغبة الجنسية فان المهدئات الصغيرة قد تؤدى الى زيادة الرغبة الجنسية بما تحدثه من تخفيف للقلق . والعوامل النفسية أكثر الاسباب شيوعا للبرود الجنسى . فاتجاه الحياء نحو الافعال الجنسية الذى تكتسبه الانثى من الوالدين قد يؤدى الى الشعور بالذنب والخجل نحو الافعال الجنسية ، وبالتالى البرود ، كما ان الخوف من الرفض والخوف من الحمل والشعور بالنقص والخوف من فقدان السيطرة على النفس ، وحب الذات كلها عوامل قد تؤدى الى البرود . وكراهية الرجال التى تتعلمها البنت من امها قد تكون سببا للبرود . والصراعات الاوديبية قد تكون سببا ايضا فى البرود حيث ترى المراة فى زوجها بديلا عن الاب . ورفضها لدورها كأنثى يسبب لها قلقا وشعورا بالذنب مما يؤدى الى البرود . والتعرض لحوادث جنسية فى الطفولة كالاغتصاب يسبب ايضا برودا ، كما أن الاضطرابات العصابية والذهانية الشديدة كالاكتئاب والفصام قد يكون لها أثرها ايضا .

وهناك عوامل أخرى تؤدى الى البرود الجنسي لدى المراة كالزوج الذى لايجيد المداعبة قبل الجماع او الذى لايكون جذابا لزوجته ، او ممارسة الجماع فى جو غير ملائم ، أو ممارسة الجماع اثناء فترات عدم الوفاق بين الزوجين .

العلاج : يجب فحص المريضة فحصا طبيا شاملا ، وعلاج اى اضطرابات عضوية يكشف عنها الفحص . واذا كان هناك نفور شديد فان المهدئات الصغيرة أو الكحول قد يفيد قبل الجماع بنصف ساعة . والأندروجينز كالمثيل تستسترون قد تفيد اذا كانت حساسية البظر

قليلة ، ولكن لهذه الهرمونات مضاعفاتها ، كتغيرالصوت وظهورالشعر . وأقراص منع الحمل قد تكون ذات فائدة اذا كان الخوف من الحمل من العوامل التى تؤدى الى البرود .

ويمكن لعلاج البرود توعية الزوجين بأساليب النشاط الجنسي وخاصة بنشاط ما قبل الجماع . والقيام بالجماع عندما يكون كل من الزوجين فى حالة استرخاء . كما أن الكلمات الطيبة واستثارة المناطق الشبقية مع الاحتكاك الجسمى تساعد على الاستثارة الجنسية . وتزداد هذه الاستثارة اذا قامت المرأة بتركيز خيالها على الافعال الجنسية ، كما تزداد الاستثارة اذا تنوعت أساليب الجماع .

وينصح بالعلاج النفسى اذا لم تتحسن المريضة بما ذكرمن أساليب، حيث يرجع البرود الى اضطرابات عصابية .

ومسار البرود الجنسي يكون جيدا الى حد ما . فكثير من النساء تبقى على حالتها من البرود أو تتحسن حالتها بعض الشيء على الرغم مما يقدم لها من علاج شامل ، والبعض يشفى تماما .

آلام الجماع وانقباض المهبل

آلام الجماع وانقباض المهبل توجد احيانا مع البرود الجنسي الشديد او المزمن . وقد توجد أيضا مع درجات بسيطة من البرود فى حالة النساء الحديثات السن اللائى لاخبرة لهن .

واسباب وعلاج آلام الجماع تشبه اسباب وعلاج البورد . وعلى ذلك فآلام الجماع قد ترجع الى اسباب عضوية كاصابة موضعية او تشوه تشريحى أو التهاب أو الى اسباب نفسية . وانقباض المهبل دائما ما يرجع الى اسباب نفسية حيث يكون عرضا يحمى المراة من فعل مخيف .

الرغبة الجنسية الزائدة

قد ينتاب كل من الرجل او المراة رغبة جنسية زائدة . والنشاط الجنسي الزائد الباثولوجى يوجد اذا ساد النشاط الجنسى تفكير الشخص ، واثر على مجالات عمله اليومية الاخرى . والنشاط الجنسى غالبا ما ينقصه الاشباع ولذة الذروة وعلى ذلك يظل الشخص فى البحث عن هذا الاشباع . ويشيع وجود أعراض عصابية كعدم الاستقرار وقلة التركيز وعدم الرضى عن الحياة .

الاسباب : الرغبة الجنسية الزائدة عادة ما تكون مظهرا لمشاكل نفسية ، ولكنها قد تحدث نتيجة لاسباب عضوية . فالتهابات فى المنطقة الطرفية من المخ كبعض الاورام والاصابات قد تؤدى الى الرغبة الجنسية الزائدة . والرغبة الجنسية الزائدة قد تظهر اثناء نوبة التشنج فى الفص الصدغى نتيجة استثارة الجهاز الطرفى والهيبوثالموس والنواة اللوزية . وبعض العقاقير كالامفيتامينز وهرمونات الاندروجينز قد تؤدى الى الرغبة الجنسية الزائدة عند بعض الاشخاص لبعض الوقت. كما أن بعض التغيرات الفسيولوجية قد تؤدى الى زيادة مؤقتة فى الرغبة الجنسية. ففى مرحلة اليأس يؤدى النقص الفسيولوجى فى الاستروجينز الى زيادة نسبة الاندروجينز التى تزيد من الاستثارة الجنسية . وينتاب بعض النساء زيادة فى الرغبة الجنسية أثناء فترات الحيض . وقد تكون الرغبة الجنسية الزائدة عرضا مؤقتا لبعض الاضطرابات النفسية كالاضطرابات الفصامية ، ومرحلة الهوس فى ذهان الهوس الاكتئابى ، واضطرابات الشخصية اللااجتماعية والهستيرية قد ترتبط بالرغبة الجنسية الزائدة .

العلاج : يجب علاج الاسباب العضوية اذا وجدت . وفى حالة الاسباب النفسية يستخدم العلاج النفسي الطويل المدى لتناول مشاكل الشخصية .

إضطرابات الاعتماد

الاعتماد على الكحول

الاعتماد على الكحول حالة نفسية وعادة ما تكون أيضا جسمية ، تنشأ من تعاطى الكحول وتتميز باستجابات سلوكيـة أو غير سلوكيـة تنضمن دائما دفعا قهريا لتعاطى الكحول باستمرار أو على فترات لما له من آثار نفسية وأحيانا لتجنب الاضطرابات الجسمية التى تنشأ من عدم تعاطيه . وقد يحدث تحمل لتعاطى الكحول ، كما أن الشخص قد يعتمد على الكحول وعلى العقاقير من المهدئات والعقـاقير المضـادة للقلق .

ومع وصول مستوى الكحول فى الدم من ١٠٠ الى ٢٠٠ مليجرام فى كل ١٠٠ سم٣ ينتاب المريض حالة من التسمم ، كما ينتابه حالة من الابتهاج او الاستجابات الانفعالية الاخرى . وعندما يصـل مسـتوى الكحول من ٢٠٠ الى ٣٠٠ مليجرام ينتاب المريض حالة من الاضطراب الحركى . وقد يؤدى المستوى الذى يزيد عن ٥٠٠ مليجرام الى الموت.

ويختلف الأطبـاء فيما بينهم فيما اذا كان الشـخص يعتمـد على الكحول جسميا ونفسـيا كما يحدث فى حالة المنومات . فبعض الأطبـاء يرى أن هناك اعتمادا جسميا ونفسيا بسيطا ينشأ لدى الشخص الذى يتعاطى الكحول بكثرة وباستمرار لفترة طويلة ، حيث يؤدى توقف تعاطى الكحول الفجائى الى أعراض انسحابية كالضعف والارتعاش والاضطراب والرغبة فى تعاطى الكحـول والغثيان وزيادة سرعة دقات القلب وارتفاع درجة الحرارة والهلاوس . بينما يرى البعض الآخر أن الاعتماد الجسمى على الكحول لا يحدث وان الاعتماد الذى يحدث يكـون نفسـيا . ويرى هـؤلاء الأطباء أن الأعراض الجسـمية التى نشـاهدها ترجع الى حالة التسمم والى حالة سـوء التغذية التى تصـاحب غالبا تعاطى الكحول .

فالاعراض الانسحابية كالارتعاش وزيادة سرعة دقات القلب لا تتوقف عند معاودة تعاطى الكحول . كما نشاهد كثيرا من المتعاطين للكحول بكثرة ولفترات طويلة ، لا تظهر عليهم اعراض انسحابية عندما يجبرون على التوقف عن التعاطى فجأة .

ويعمل الكحول كمهدىء للجهاز العصبى المركزى ، فيقلل من نشاط القشرة المخية . وهذا الانخفاض فى نشاط القشرة المخية يؤدى الى انخفاض الكف فى سلوك المريض . وطبيعة هذا السلوك تتباين بين الأشخاص فينتاب بعض الأشخاص حالة من الابتهاج والثرثرة والفكاهة بينما ينتاب البعض الآخر حالة من الحزن والبكاء . وكلما زاد مستوى الكحول فى الدم تتأثر المناطق الحركية فى القشرة ويضطرب توافق المريض الجسمى . ومع المستويات المرتفعة من الكحول فى الدم يتأثر المخ الأوسط وغيره من مراكز المخ السفلى . وينشأ اضطراب الحركات الاراديه والنعاس والغيبوبة . كما يسبب مستوى الكحول المرتفع فى الدم اضطراب مراكز حركة الأوعية الدموية والقلب والتنفس .

الأسباب : يلجأ بعض الأشخاص الذين يعانون من القلق الى تعاطى الكحول لما له من اثر مهدىء حيث يتخفف المريض من توتره . وقد يقبل الأشخاص الذين يصارعون الشعور بالنقص وعدم الأهمية على تعاطى الكحول للوصول الى الاحساس بالثقة الذى يشعر به من يتعاطى الكحول . وعلى ذلك ، فالشخص عندما يكون تحت تأثير الكحول قد يختلق القصص التى تحكى بطولات شخصية . وقد يطلق بعض الأشخاص انواعا اخرى من الاحساسات المكبوتة فيكشفون عن غضبهم ومشاكلهم الاجتماعية ومخاوفهم وطموحاتهم . وقد يتسم آخرون بالعدوان

الجنسي على الرغم من ان كثرة التعاطى غالبا ما تؤدى الى عدم الانتصاب القضيبى .

وسوء تعاطى الكحول قد يكون أيضا اسلوبا للثورة على الوالدين المسيطرين أو لرفض الاخذ بمعايير الجماعة . وقد يتعاطى الكحول الأشخاص الذين لا يتحملون الاحباط ، عندما تعوق الظروف رغباتهم . كما يشيع التعاطى أيضا بين الأشخاص الذين يتسمون باللا اجتماعية حيث يكون التعاطى وسيلة لتحدى أسرهم وتحدى المجتمع ومعاييره .

وقد يتعاطى الشخص الكحول عندما ينتابه الاكتئاب لموت شخص عزيز او الاكتئاب الذى يعقب حالة انهيار اقتصادى أو فشل مهنى أو غيرها من المشاكل . كما قد يتعاطى الشخص الكحول فى حالة بعض امراض المخ العضوية كالأورام وتدهور المخ نتيجة الشيخوخة أو تصلب الشرايين ، حيث يسعى الى التخفف من قلقه والشعور بالارتباك وعدم الأهمية بالآثار المهدئة للكحول .

المسار الاكلينيكى : من الملاحظ ان نسبة قليلة ممن يتعاطون الكحول يتوقفون عن تعاطيه بدون مساعدة علاجية بعد سنوات من التعاطى. فقد يتوقف الشخص بسبب كارثة كالتهديد بالطرد من العمل أو بعد مرض شديد كتليف الكبد أو الهذيان الارتعاشي أو بعد حادثة سيارة . غير أن التوقف عن التعاطى بسبب هذه العوامل لا يؤدى الى حل المشاكل الانفعالية التى تكون قد أدت الى تعاطى الكحول . ولكن يحدث بعض التخفف من حدة هذه المشاكل ، الأمر الذى يؤدى الى توافق افضل . وبعض الحالات تتوقف عن التعاطى نتيجة للعلاج بالأساليب التى سنتناولها ، وهناك حالات لا تتوقف عن التعاطى طوال حياتها التى قد تستمر الى الستينات

أو حتى السبعينات . وهؤلاء الأشخاص لا يعانون عادة من سوء التغذية التى غالبا ما تصاحب الكحول فدائما ما يكونون من أسر ذات اقتصاد مرتفع مما يتيح لهم رعاية طبية جيدة وتكيف اقتصادى مناسب .

والحالات التى تستمر فى التعاطى غالبا ما تتعرض للأمراض الجسمية كأمراض الكبد والجهاز العصبى المركزى بسبب الآثار التسممية للكحول وبسبب سوء التغذية الذى يصاحب التعاطى . كما أن هذه الحالات تتعرض للتدهور الانفعالى والاجتماعى فيفقد الشخص الاهتمام بأسرته وأصدقائه ويتمركز حول ذاته ، كما يقل اهتمامه الجنسي وغالبا ما ينتاب المريض الذكر العنة وينتاب الأنثى البرود . وقد يحدث التدهور بدون دليل اكلينيكى عن اصابة القشرة المخية ولكن فى بعض الحالات قد يظهر المرضي علامات من التدهور العقلى العضوى ، فتضطرب قدرة المريض على الحكم والتذكر ويفقد ادراكه للزمن جزئيا . وقد ينتاب المريض نوبات من الهذيان الارتعاشي أو حالة من الذهان .

العلاج : يستخدم فى علاج الاعتماد على الكحول العلاج النفسي الذى يقوم على مواجهة المريض لمشاكله الانفعالية والضغوط الناشئة عن علاقاته . ولقد وجد معظم الاطباء أن العلاج النفسي الفردى بمفرده نادرا ما يفيد فى علاج المريض مالم يعط له أولا عائق مؤقت ضد التعاطى ، ويعتبر الدايسلفيرام العائق الشائع . فبمجرد تناول المريض الدايسلفيرام وتوقفه عن التعاطى بسبب الخصائص الفارماكولوجية لهذا العقار، فان المريض غالبا ما يستقر ويؤخذ فى مواجهة مشاكله التى ادت الى تعاطيه للكحول . وفى بعض الحالات يمكن أن يبدأ العلاج النفسى بعد الحاق المريض بالمستشفى حيث لا يمكن المريض الحصول على الكحول . وبعد أن يكون المريض قد تقدم تقدما كافيا فى العلاج يمكن ان يواصل العلاج

بعد خروجه من المستشفى مع مواصلة الامتناع عن التعاطى . ويفضل الا يعطى المريض عقاقير مضادة للقلق أثناء فترة العلاج ، حيث يكون لدى المريض الاستعداد لتعاطى كميات كبيرة منها ، وفى بعض الحالات قد يعتمد عليها . ويدون عوائق التعاطى تلك او فترة من الالتحاق بالمستشفى فان العلاج النفسي لايفيد ، فالمريض عندما يناقش مشاكله الانفعالية المؤلمة ويتناول مشاكل علاقاته فانه يعود عادة الى التعاطى للتخفيف من القلق الذى يشعر به . كما انه يترك العلاج كلية .

ولقد استخدم العلاج النفسي الجماعى حيث يمكن لبعض المرضى الاندماج فى هذا العلاج بفاعلية اكثر مما يحدث فى العلاج الفردى . ففى جماعة من المتعاطين يمكن ان يناقش المرضي مشاكلهم بقلق أقل منه فى انجلسات الفردية مع الطبيب ، كما ان المريض غالبا ما يتقبل تعليقات أفراد الجماعة بسهولة أكثر من تقبله للتفسيرات التى تتم فى العلاج الفردى . كما يشعر المريض بالرقيب الأخلاقى الذى يشعر به غالبا عند مناقشته مشاكله مع الطبيب الذى لا يشاركه هذه المشاكل . كما قد يحقق العلاج الجماعى جوا من الزمالة يكون المريض فى حاجة اليه . والعلاج الجماعى يفيد كثيرا فى حالة المريض السلبى المنعزل انفعاليا ، الذى يعانى من احساسات شديدة بعدم الأمن وعدم الكفاءة . والعلاج النفسى الفردى والجماعى يفيد فقط عندما تكون مشكلة اعتماد المريض على الكحول بسيطة ويكون دافع المريض للعلاج شديدا . ويستخدم ايضا فى علاج الاعتماد على الكحول العلاج الشرطى الذى يقوم على خلق حالة من النفور الشديد من الكحول . فقد يتضمن العلاج احداث حالة من الغثيان والقىء بحقن المريض بعقار مقيىء بعد فترة قصيرة من تعاطى الكحول . ويتكرر هذا يوميا مع وجود المريض داخل المستشفى لعدة

اسابيع حتي تنشـأ لدى المريض اسـتجابة شرطية من الغثيان والقيء عندما يتذوق او يشم الكحول .

كما يمكن احداث الاستجابة الشرطية باستخدام الارتباط البصرى حيث يتكرر على المريض عرض صور تثير الخوف والاشمئزاز عند تعاطى الكحول . ويتضح ان هذا النـوع من العـلاج يتطلب مريضـا يرغب فى العلاج ، ويرحب بدخوله المستشفى والتعرض لمتاعب العلاج . كما يجب ان يصاحب هذا العلاج الشرطى علاج نفسى فردى او جماعى .

ويستخدم ايضا فى علاج الاعتماد على الكحول ، علاج الدايسلفيرام . والدايسلفيرام عقار يعطى عن طريق الفم . ولا يحدث للشـخص الذى يتعاطاه بجرعة يومية اى تأثير ما لم يتعاط الكحول . فاذا تعاطى الشخص الكحول تعرض للكثير من الاضـطرابات . ويقوم فعل الدايسلفيرام على ايقاف التمثيل الغذائى فى مرحلة الاسيتالدهيد ، فيتراكم الاسيتالدهيد ويؤدى الى اضطراب المريض . ويعطى للمريض عادة ٥ر جرام من العقار لفترة سبعة ايام متتالية وفى اليوم الثامن وفى الصباح الباكر يعطى المريض جرعة اختبارية من ٣٠ الى ٤٥سم٣ من الكحـول للتأكد من ان جسـم المريض يحتوى على مستوى مناسب من الدايسلفيرام . وخلال فترة من ١٠ الى ١٥ دقيقة يبدأ وجه المريض فى الاحمرار ويصبح تنفسه سطحيا وينتابه الصـداع وضـيق فى الصـدر وسرعة فى دقات القلب وآلام فى الأطراف والجسم وشعور بعدم الحيوية . وقد يحـدث قيء وغثيان . وهذه الجرعة الاختبارية توضح للمريض نتائج تعاطى الكحـول عنـدما يحتوى جسمه على الدايسلفيرام . واثناء فترة جـرعة الاختبار ، التى عادة ما تستمر لمدة ساعتين ، يقاس ضـغط دم المريض كل عشر دقائق حيث يحـدث عادة انخفاض فى الضـغط . واذا انخفض ضـغط الدم

الانقبــاضي عن ٧٠مم زئبق يعطى المريض حقنة من عقار قابض للأوعيـة الدموية وانخفاض ضــغط الدم الانقباضي عن ٧٠مم زئبق يكـون أمرا نادرا ، ولكن على الطبيب الاعداد لهذا . وبعد الشفاء من جرعة الاختبار يلاحظ المريض مع قياس الضغط كل ثلاثين دقيقة بقية اليوم . وفى اليوم التالى يخـرج المريض من المســتشفى مع جـرعة مســتمرة يوميا عادة ٢٥ر مليجرام ، وقد تكون فى بعض الحالات ١٢٥ر مليجرام . ويواصل المريض تعاطى العقار من سنة الى خمس سنوات أو أكثر . واذا توقف المريض عن اخذ العقار فى اى وقت فان توقفه عن تعاطى الكحول يستمر فقط لمدة اسـبوعين يعاود المريض بعــدها تعاطى الكحول . واذا تعاطى المريض الكحول أثناء تعاطيه الدايسلفيرام يجب وضــعه تحت الملاحظة لامكان علاجه من اى اضطراب فى الدورة الدموية . وقد تحدث مضاعفات خطيرة للدايسلفيرام عندما يتعاطى المريض كمية كبيرة من الكحول . وقد ينتاب بعض المرضى اضطراب ذهانى نتيجة لتعاطى العقار ، ولكن هــذا الاضطراب يزول خلال سبعة أيام عنــدما يتوقف اعطاء العقار . وهناك حالات يمنع فيها اعطاء الدايسلفيرام ، وأكثر هذه الحالات شيوعا حالة مرض الشريان التاجى . كما ان المريض الذى يعانى من الضعف وســوء التغذية يجب ان يقضي فترة اســبوعين داخل المستشفى قبل ان يعطى الدايسلفيرام . وبعض الأطباء يعطى العقار للمريض خارج المستشفى اذا رأوا ان المريض وأسرته اهلا للثقة ، حيث يدخل المريض لمدة يوم واحد ليعطى جرعة الاختبار .

ويجب ان يتبع العلاج بالدايسلفيرام بعلاج نفسي فردى أو جماعى اذا رغب فيه المــريض . فكما ذكرنا فالديســلفيرام يقيم حاجــزا يمنع المريض من تعاطى الكحول الأمر الذى يســمح للمريض ان يتقبل العلاج النفسي .

الاعتماد على العقاقير

الاعتماد على العقاقير حالة ، نفسية وايضا جسمية ، تنشأ من تعاطى العقار ، وتتميز باستجابات سلوكية وغير سلوكية ، وتتضمن دائما دافعا قهريا لتعاطى العقار باستمرار أو على فترات لما له من آثار نفسية ، واحيانا لتجنب الاضطرابات الجسمية التى يسببها عدم تعاطى العقار . وقد يحدث تحمل لهذا التعاطى كما أن الشخص قد يعتمد على اكثر من عقار .

الاعتماد على المورفين وغيره من المخدرات

يبدأ الاعتماد على المورفين وغيره من المخدرات فى صورة اعتماد نفسى حيث يشتاق المريض الى التخفف من التوتر والاحساس بالسعادة التى يمنحها المنوم . وباستمرار تعاطى الشخص للمنوم ينشأ أيضا الاعتماد الجسمى . كما ينشأ لدى المريض تحمل جسمى لتأثير العقار ، فيجد المريض ان عليه ان يتعاطى جرعات متزايدة لكى يحصل على الاحساسات المرغوب فيها . ويختلف الافراد الى حد ما فى الفترة الزمنية اللازمة لحدوث الاعتماد الجسمى ، ولكن فى معظم الحالات يحدث الاعتماد الجسمى ، اذا تعاطى الشخص جرعة مناسبة ثلاث أو اربع مرات كل أربع وعشرين ساعة لمدة ثلاثة أو اربعة اسابيع .

والنظرية الأكثر شيوعا فى تفسير الاعتماد على العقاقير المخدرة تقوم على ملاحظة ان الخصائص الاكلينيكية لاعراض التوقف عن التعاطى تكون فى طبيعتها على عكس الخصائص المهدئة للعقار . فتعاطى العقار بانتظام على مدى فترة طويلة يؤدى بالجهاز العصبى المركزى وغيره من اجهزة

الجسم الى القيام بميكانيزمات تضـــاد وتزيل آثار العقار فى محاولة من الجسم للوصول الى اتزانه السابق على الرغم من وجود العقار المخدر فى الجسم . وعندما يتوقف المريض عن تعاطى العقار فان الجهاز العصـــبى المركزى وغيره من الأجهزة تستمر فى القيام بالميكانيزمات التى كانت تضاد وجود العقار . ومع عدم وجود العقار فى الجســـم فان هذه الميكانيزمات تؤدى الى استثارة الجهاز العصبى المركزى وبالتالى الى أعراض التوقف عن تعاطى العقار حيث يكون المـــريض فى حالة اســـتثارة بدلا من حالة الهدوء ، وانسان العين متسعا بدلا من انقباضه وهكذا . وبعد فترة من ١٠ الى ١٤ يوما بدون تعاطى المخدر يعود الجهاز العصـــبى المركزى الى اتزانه كما تســـتعيد الأعضاء الأخـــرى ثباتهـــا واتزانها وتزول أعراض التوقف عن التعاطى .

الأسباب : قد تؤدى الاضطرابات الانفعالية للشخصية الى تعاطى المخدرات ، فغالبا ما يعانى الشخص من القلق والاحســـاس بعدم الأمن وعدم الكفاءة ويجد التخفف من هذه الاحساسات المؤلمة فى التأثير المهدىء والاحساس بالسعادة التى تعطيها اياه المخدرات . كما ان بعض المتعاطين يعانون من الاضطرابات اللا اجتماعية فى الشـــخصية . وهذا النمط من المتعاطين يتسم بعدم الشعور بالذنب وعدم الشعور بالمسئولية الاجتماعية وعدم تحمل الاحباط والتمركز حول ذاته . كما انه لا يســـتطيع اقامة علاقات طيبة مع الآخـــرين ، ولا يدرك احساسات وحقـــوق الآخرين . ويتبع دوافعه دون اعتبار للنتائج المترتبة على افعاله .

والشـــخص المتعاطى يكون قد تعرض فى طفولته الى اضـــطراب فى علاقاته مع كلا الوالدين وغيرهما من الأشـــخاص المقـــربين . وفى معظم الحالات لا يكون هناك علاقة صحية مع أى شخص بالغ . وغالبا ما يمر

بمرحلة الطفولة والمراهقة مع نشأة كراهية شـديدة تؤدى به الى الثورة على والديه وعلى تقاليد المجتمع .

ويشيع الاعتماد على المخدرات بين الأفراد فى الجماعات التى تعانى من الحرمان الاجتماعى ، فبالاضافة الى الحياة الأسرية غير المنظمة ، فان الفقر والاهمال الثقافى لهما تأثيرهما . والتعاطى بالنسبة لهـؤلاء الأفراد وسيلة للثورة على كل اسرهم ونظام المجتمع الذى يكرهونه .

وفى حالات نادرة يتعاطى الشخص المخدرات الى حد الاعتماد عليها عندما يعانى من حالة اكتئاب شديدة . ومسـار حالة الاعتماد هنا يكون افضل من مسار معظم حالات الاعتماد الأخـرى ، فغالبا ما تزول حالة الاعتماد بعد الشفاء من الاكتئاب .

كما أن هناك حالات من الاعتماد تحدث بين الفصاميين أيضا وبين من يتسمون بالشخصية الفصامية ، وكذلك فى حالة اضطرابات الشخصية نتيجة لمرض عضـوى فى المخ . وفى حالات نادرة قد يحـدث الاعتماد على المخدرات عن غير قصد عند تعاطيها أثناء مرض جسـمى مؤلم . وهـذا النمط من الاعتماد يكون مساره جيدا . والاعتماد على المخـدرات يزيد من مشاكل المريض فينسحب مشغولاً بجسمه وباحساساته . ويصـبح عالمه مكونا من ذاته والعقار ، ويصبح الناس والموضـوعات الأخرى على هامش حياته . وتنخفض احساساته بالجوع والألم والجنس ، فالاعتماد الجسمى على العقار يسود احساساته وتفكيره . وفى علاقاته يحل العقار محل الآخـرين فيتحدث بعض المتعاطين عن العقار كما لو كان شـخصا يسعون اليه لما يعطيهم من سعادة ، وكأنما بدونه لا يكون للحياة معنى .

ونتيجة للاعتماد على العقار قـد ينتاب المريض تدهـور اجتماعى

واقتصادى ، كما تشيع المشاكل الصحية ويشيع أيضا الانتحار . وكثير من المتعاطين يزاولون السرقة والاحتيال والبغاء وغيرها من الانشطة غير المشروعة . ويصعب على المريض ان يشفى من تدهوره الانفعالى اذا ما انتابه الاعتماد على المخدرات حيث تعوقه عن الشفاء مشاكل شخصيته الأساسية ، وكذلك اعتماده الجسمى على العقار بالاضافة الى ان عالمه يتكون اساسا من متعاطين آخرين وكذلك شعوره بأنه قد اقصى عن كل المجالات الاجتماعية الاخرى .

وبعد خروج المريض من المستشفى او السجن فغالبا ما يسعى الى زملائه السابقين ويندمج سريعا فى التعاطى .

ويتفق معظم الاطباء على ان مسار الاعتماد على المخدرات يكون سيئا . ويذكر بعض الأطباء ان عددا من المتعاطين يتوقفون عن التعاطى مع سن الأربعين . وقد يصدق هذا على عينات صغيرة مختارة وخاصة تلك التى تتردد على العيادات الخاصة ، وهذا لا يمثل المجموع العام .

العلاج : يمكن ان يستخدم اسلوب التوقف عن التعاطى فى علاج الاعتماد على المخدرات . ويلاحظ أنه عندما يتوقف المريض عن التعاطى فانه يتعرض لأعراض التوقف بعد ساعة من التوقف حيث ينتابه عدم الاستقرار والاضطراب والتثاؤب والعرق والدموع والعطش والاشتياق الى التعاطى . وبعد ٢٤ ساعة يصبح المريض فى حالة من الاضطراب الشديد والاكتئاب الحاد مع فقدان الشهية ، كما يعانى من الم شديد فى العضلات والأرق . ويتسع انسان العين كثيرا وينتابه قشعريرة واختلاج فى العضلات . وتستمر هذه الأعراض فى ذروتها ما بين ٤٨ ساعة الى ٧٢ ساعة ثم يبدأ المريض فى التخفف من هذه الأعراض ، الأمر الذى

يستمر لمدة عشرة ايام تقريبا . وعلى اية حال فان المريض غالبا ما يستمر فى الشــكوى من الضــعف والقلق والأرق والم بســيط فى العضل لعدة اسابيع او اشهر .

ويجب ان يتم توقف المـريض عن التعاطى فى احــدى المستشفيات حيث يبذل كل جهده فى منع المريض عن معاودة التعاطى . وعند توقف المريض عن التعاطى فى المستشفى فانه ينتقل عادة الى تعاطى المخــدرات المخلقة ثم يأخــذ فى التوقف تدريجيا على مدى عشرة ايام . والطريقــة النموذجية تقوم على أعطاء المريض لمدة يومين ٤٠ مليجرام من الميثادون كل يوم فى جرعات من ١٠ مليجرام كل ست ساعات عن طريق الفم .

وبعد اعطاء المريض هذه الجرعات لمدة يومين يبدأ الطبيب فى تقليل الجرعة تدريجيا الى أن يتم التوقف على مدى عشرة ايام . وعلى الرغم من اسلوب التوقف التدريجى فان المريض يتعرض لبعض اعراض التوقف التى لا يمكن تجنبها . ويمكن التخفيف من اضــطرابات المريض الى حد ما باســتخدام الفينوثيازينز كالكلوربرومازين أثنــاء فترة التوقف . فالفينوثيازينز مهدئات ليس لها خاصية الاعتماد . حيث لا يجب اعطاء المرضى مهــدئات لهــا خاصية الاعتماد كالباربيتيورات والميروبامات ، وجلوتثيميد ، والكلورديازيبوكسيد ودايزيبام وغيرها .

واذا كان المريض قد تعاطى كميات كبيرة من العقاقير المضادة للقلق او المهدئات قبل الحاقه بالمستشفى فانه يكــون قد اعتمد عليها ايضــا كالمنومات . وفى تلك الحالة يعطى المريض ايضــا برنامجا مناسبا للتوقف عن تعاطيها ، أثناء عملية التوقف أيضا عن تعاطى المخدر . والمرضي الذين يعانون من مرض فى القلب أو غيره من امراض جسمية يجب ان يتم توقفهم

بطريقة اكثر بطوءا على مدى ثلاثة او اربعة اسابيع . واذا لم يعترف الشخص بالاعتماد على المخدرات او يظهر الاعتماد باعراض التوقف او بمواضع الحقن وآثار الجروح فى اوردته فانه يكون من الخطورة ان يعطى الطبيب عقاقير مضادة للمخدر ، على غير رغبة المريض وبدون ارادته . ولكن يمكن استخدام هذه العقاقير فقط لانعاش المرضى الذين يتعرضون للغيبوبة عند تعاطى كمية كبيرة من المنوم للانتحار او عن طريق الصدفة . وبعد توقف المريض عن التعاطى يجب ان يبقى فى المستشفى لمدة اربعة اشهر على الأقل للتاهيل . وفى كثير من الاحيان يجب ان تكون مدة الرعاية فى المستشفى ستة اشهر او ثمانية . فالمرضي الذين يتركون المستشفى فى اقل من اربعة اشهر قد يعاودون التعاطى . وبالاضافة الى الفوائد العلاجية المباشرة لوجود المريض فى المستشفى فان الأمر يتطلب من اربعة اشهر الى ستة اشهر لكى يفقد المريض اشتياقه للعقار . وهذه الفترة من الزمن تساعد المريض ايضا على ان يقطع علاقاته بالمتعاطين الآخرين الذين كان يزاملهم . ويشعر معظم الأطباء بصعوبة ادماج معظم المدمنين فى علاج نفسى فردى له فائدته . فتمركز المريض الشديد حول ذاته ، وعدم امكانيته فى اقامة علاقات طيبة مع الآخرين وثورته ضد التقاليد الاجتماعية أو السلطة كلها تؤدى الى صعوبة العلاج النفسى . وربما يكون العلاج النفسى الجماعى اكثر فائدة لعلاج المتعاطين . ويحتاج المريض التخطيط الدقيق قبل خروجه من المستشفى حيث يجب استشارة اقاربه لتنظيم العلاقات التى قد يدخل فيها حتى لا يسعى الى زملائه القدامى فى التعاطى . ومهما يكن من فاعلية خطط العلاج فان معظم المرضى يعاودون التعاطى بعد تركهم للمستشفى فمسار الاعتماد على المخدرات يكون سيئا .

ويمكن علاج المريض دون ان يلحق بالمستشفى وذلك باعطائه جرعة

من مخدر الميثادون ما بين ٥٠ الى ١٠٠ مليجرام او يزيد يوميا عن طريق الفم ، مع تعديل الجرعة ليظل المريض فى حالة ارتياح ولكن لبس الى الحد الذي يهدأ معه ، وتقديم العلاج النفسى الفردى أو الجمعى والارشاد المهنى وخدمات التوظف عندما يثبت على الميثادون ويتردد على العيادة بانتظام . ويمكن فحص بول المريض من وقت لآخر للكشف عما اذا كان المريض يتعاطى مخدرا كالمورفين او الهوروين أم لا .

والمؤيدون لاستخدام الميثادون يشعرون ان هذا الأسلوب يحرر المريض من الاعتماد على الذين يمدونه بالمنومات كما أنها تخفض عدد الجرائم التى يرتكبها المتعاطون للحصول على الأموال اللازمة لشراء العقاقير كما يؤدى هذا الأسلوب تدريجيا الى التأهيل الاجتماعى والمهنى . وعلى اية حال فنسبة قليلة من المرضى يتوقفون عن التعاطى نتيجة لاستخدام الميثادون .

الاعتماد على الباربيتيوراتس وغيرها من المهدئات والعقاقير المضادة للقلق

قد يؤدى تعاطى العقاقير المهدئة الى الاعتماد عليها ، وتتضمن هذه العقاقير الباربيتيوراتس ، والكلورالهيدرات ، وجلوتثيميد ، وبارالدهيد وغيرها . ويحدث الاعتماد أيضا للعقاقير المضادة للقلق التى تتضمن الكلوردايزيبوكسيد والميروبامات ودايزيبام وعقاقير اخرى . وكل هذه العقاقير اذا تعاطاها الشخص مرتين أو أكثر كل يوم بجرعات كبيرة لمدة عدة أسابيع أو يزيد فانها قد تؤدى الى الاعتماد الجسمى فاذا توقف الشخص عن تعاطيها فجاة فانه يتعرض لأعراض التوقف التى تتضمن الهذيان والتشنجات . وكمية العقار التى يجب ان يتعاطاها الشخص وطول المدة التى يجب ان يستمر اثناءها فى تعاطيه للعقار لاحداث

الاعتماد تختلف من عقار الى آخر . فالشخص الذى يتعاطى ٨٠٠مليجرام من الباربيتيورات فى جرعتين او اكثر يوميا لمدة ستة اسابيع أو اكثر يتعرض لأعراض توقف واضحة عندما يتوقف عن تعاطى العقار . وتتضمن اعراض التوقف القلق والضعف والأرق والارتعاش ، وفى بعض الأحيان ينتاب الشخص اضطراب ذهانى مع هلاوس بصرية ، واضطراب يشبه الهذيان الارتعاشي ، وغالبا ما يحدث تشنجات . وعلى اية حال فالجرعات التى يجب ان يتعاطاها الشخص من المهدئات والعقاقير المضادة للقلق لاحداث الاعتماد تكون عادة ثلاثة اضعاف الجرعات التى ينصح بها الطبيب يوميا او يزيد . فالاعتماد علىالميبروبامات يحدثعندما يتعاطى الشخص ١٢٠٠ مليجرام او اكثر ثلاث او اربع مرات كل اربع وعشرين ساعة بحيث يصل مجموع ما يتعاطاه يوميا ما بين ٣٦٠٠ مليجرام و ٤٨٠٠ مليجرام او اكثر .

وفى كثير من الحالات فان الشخص الذى يعتمد على البارابيتيوراتس او غيرها من العقاقير المهدئة والمضادة للقلق يعانى من اضطراب عصابى مع كثير من القلق . فقد يعانى من حالة قلق مزمن ومخاوف شديدة أو من عصاب الوسواس مع قلق مصاحب ، وتعاطى المهدئات أو العقاقير المضادة للقلق فى جرعات متزايدة يخفف من القلق الذى لا يتحكم فيه الشخص حتى يصبح معتمدا عليها . وفى حالات اخرى يسىء المريض الذى يعانى من حالة الاكتئاب استخدام المهدئات والعقاقير المضادة للقلق للتخفيف من شعوره بالذنب واضطرابه وحزنه . وقد يتعاطى المراهقون والشباب المهدئات والعقاقير المضادة للقلق للحصول على احساسات بالاسترخاء والنشوة والابتهاج التى تحدثها هذه العقاقير . والشخص الذى يعانى من اضطراب الشخصية اللا اجتماعية قد يسىء استخدام

المهدئات كوسيلة للثورة على العادات الاجتماعية التى تحرم استخدام تلك العقاقير .

والاعتماد على المهدئات والعقاقير المضادة للقلق لايرتبط عادة بتدهور شديد فى الوضع الاقتصادى والاجتماعى ، ولا يرتبط ايضا بتدهور فى العلاقات مع الآخرين الأمر الذى يصاحب الاعتماد على المخدرات .

كما ان مسار المرض يكون افضل فى حالة المهدئات والعقاقير المضادة للقلق منه فى حالة المنومات . ومع ذلك فالاعتماد على المهدئات والعقاقير المضادة للقلق يشكل ايضا مشكلة طبية خطيرة ، حيث يعانى المريض عادة من مشاكل انفعالية شديدة تؤدى به الى سوء استخدام العقار . ويشيع معاودة المريض لتعاطى العقار بعد التوقف عن تعاطيه ، ولكن التوقف عن التعاطى لمدة طويلة يكون اكثر احتمالا منه فى حالة الاعتماد على المخدرات.

العلاج : ولعلاج الاعتمادات على المهدئات والعقاقير المضادة للقلق يجب ان يلحق المريض بالمستشفى حيث يمكن وضعه تحت رعاية طبية دقيقة . ويثبت المريض على اى مستوى من الباربيتورات او اى عقار آخر كان المريض يتعاطاه ثم يتوقف المريض عن التعاطى تدريجيا على مدى ثلاثة اسابيع ، ويجب ان يعطى ١٠٠ مليجرام من الدايفنيل هايدانتيون مرتين فى اليوم للوقاية من التشنجات التى تحدث اثناء فترة التوقف . وبعد التوقف يجب ان يبدأ المريض فى العلاج النفسي فى المستشفى واستمرار هذا العلاج بعد خروجه منها . والمريض الذى لايستطيع الاندماج فى العلاج النفسي الفردى يمكن ان يستفيد من العلاج النفسي الجماعى . وقد يعيد البرنامج التاهيلى فى عودة المريض الى نشاطه الدراسى او المهنى .

الاعتماد على الامفيتامينز وغيرها من العقاقير المنشطة

على الرغم من أن بعض الاطباء يرى أن الشخص يتعرض لاعتماد جسمي بسيط عند تعاطى الامفيتامينز ، فان معظم الاطباء يرى أن الاعتماد الجسمى على هذه المجموعة من العقاقير لايحدث ، ولكن المريض قد يعتمد عليها انفعاليا . واكثر الامفيتامينز سوءا للاستخدام عقار الامفيتامين ، والميثامفيتامين ، والدكستروامفيتامين . ويتعاطى الشخص العقار عادة عن طريق الفم . ولكن بعض الاشخاص يستخدمونه عن طريق الوريد . وتعطى هذه العقاقير الشخص الذى يتعاطاها شعورا بالمرح والحيوية والثقة بالنفس . والمريض الذى يعتمد انفعاليا على هذه العقاقير قد يتعاطى منها جرعات يومية من عدة مئات من المليجرامات أو يزيد . وبتعاطى جرعات كبيرة ينتاب المريض حالة من النشاط الزائد والارتعاش والاضطراب والتشتت ، ويفقد شهيته وينقص وزنه وغالبا ما يكون نحيلا وشاحب اللون . وقد يؤدى سوء استخدام الامفيتامينز الى الذهان التسممى ، واحيانا الى نوبات من الفصام البارانويد فى حالة الشخص ذى الشخصية الفصامية . واحيانا يؤدى سوء الاستخدام الى الموت والى التعرض للاصابة بالجراح أو حوادث الموت عندما يكون تحت تأثير العقار . كما أن سوء استخدام الامفيتامينز قد يؤدى الى اصابات عضوية فى المخ قد تكون قاتلة أحيانا .

والشخص الذى يعتمد على الامفيتامينز يعانى بوضوح من اضطرابات فى الشخصية ، ففى كثير من الحالات يعانى من احساسات شديدة بعدم الامن الانفعالى وعدم الكفاءة . وفى حالات أخرى يعانى من اضطرابات الشخصية اللااجتماعية ، واستخدام العقار يكون كوسيلة لثورته ضد التقاليد الاجتماعية والسلطة . ويستخدم بعض المراهقين والشباب

الامفيتامينز أحيانا لكى يظلوا فى حالة يقظة أثناء الاستذكار استعدادا للامتحانات .

العلاج : يجب أن يلحق الشخص الذى يعتمد على الامفيتامينز بالمستشفى ويتوقف فى الحال عن تعاطيها ويعطى جرعات من المهدئات . وعلى الرغم من أن الباربيتيوارت أو الكلورداير يبوكسيد تعتبر العقاقير المفضلة لهذا الفرض ، الا أن الفينوثيازينز تفضل أحيانا حيث لايحدث اعتماد عليها ، كما فى حالة الباربيتيوراتس وغيرها من العقاقير المضادة للقلق . ويجب ان نتبع توقف تعاطى العقار ببرنامج للعلاج النفسي والتأهيل الاجتماعى . وكثيرا ما يعاود الاشخاص تعاطى الامفيتامينز بعد الخروج من المستشفى ولكن مسار المرض يكون أفضل منه فى حالة الاعتماد على المخدرات .

الهالوسينوجينز

وأكثر هذه العقاقير استخداما عقار الال . اس . دى . الذى قد استخدم بكثرة بسبب ما يحدثه من احساسات بالابتهاج ، ثم قل استخدامه لما له من مضاعفات . وينتاب الشخص الذى يتعاطى العقار تغيرات واضحة يصفها الشخص بحالة من التعاظم والافتنان والرهبة ، وغالبا ما ينتاب الشخص أيضا الهلاوس البصرية ، ويرى الاشياء فى غير اشكالهاالاصلية . وكثيرا من الموادالكيميائيةالتى تصنف مع الهالوسينوجينز كالميسكالين والبسيلوسيبين ، قد تؤدى الى ما تحدثه الهالوسينوجينز من تأثيرات . وهذه التأثيرات أيضا تحدث عند استنشاق ادخنة بعض الأصماغ العضوية ، ومزيلات الروائح الكريهة وغيرها من مواد .

وتحاول نسبة من المراهقين والشباب تجريب هذه العقاقير ، الا

ان عددا صغيرا جدا يستمر فى تعاطيها بانتظام . والاشخاص الذين يعانون من قلق شديد واكتئاب وشعور بالنقص وعدم الاهمية وغيرها من اضطرابات قد يجدون ارتياحا كبيرا فى هذه العقاقير . كما أن هذه العقاقير قد يكون تعاطيها وسيلة للثورة على الآباء والسلطات .

وقد ينتاب الاشخاص الذين يكثرون من استخدام هذه العقاقير التدهور الاجتماعى والدراسى والمهنى . وعلى الرغم من أن الشخص قد يعتمد نفسيا على العقار الا أن الاعتماد الجسمى قد ينتابه أيضا .

وعقار الال . اس . دى عقار له ردود فعل سيئة . ففى بعض الحالات يؤدى الى حالات ذهانية تشبه الاضطرابات الفصامية ، وهذه النوبات قد تستمر من عدة ساعات الى عدة أشهر أو يزيد . ويرى بعض الاطباء أن هذه الاضطرابات ا، اضطرابات فصامية حقيقية تنتاب الاشخاص الذين يتميزون باضطرابات الشخصية الفصامية ، بينما يرى البعض انها استجابات تسممية غير مفهومة كثيرا . وعلاج هذه الاضطرابات يشبه علاج الفصام الى حد ما . وينتاب بعض الحالات لعدة دقائق ، الهلاوس البصرية بعد عدة ساعات أو أيام من زوال الاستجابات الاساسية للعقار ، واذا حدث هذا اثناء قيادة الشخص السيارة أوالعمل على احدى الآلات فانه قد يتعرض لاصابات خطيرة . وهناك بعض الادلة التى يدور حولها الجدل على أن عقار الال.اس.دى قد يسبب تشوهات فى الاجنة اذا ما تعاطاه النساء الحوامل . كما أنه يؤدى الى تغيرات كروموسومية فى كل من الذكور والاناث . ولا يوجد أدلة كافية على خطورة الهالوسينوجينز الاخرى كالميسكالين والبسيلوسيبين . ولكن معظم الاطباء يرى أن استخدامها بكثرة يؤدى الى الاعراض التى تظهر فى حالة عقار الال.اس.دى (*)

العلاج : عند تعرض الشخص لاضطراب ذهانى أو عصابى شديد نتيجة استخدام عقار الال.اس.دى ، يجب أن يلحق بالمستشفى ويعطى جرعات كبيرة من الفينوثيازين ، والمريض غير المتعاون قد يعطى جرعات فى العضل من ٥٠ مليجرام من الكلوربرومازين كل اربع ساعات . وبعد شفاء المريض من الاضطراب الحاد يجب أن يبقى المريض فى المستشفى للعلاج النفسي الفردى او الجماعى وللتأهيل الاجتماعى والمهنى . كما ان الشخص الذى يتعاطى الهالوسينوجينز يجب ان يقف على مدى خطورة هذه العقاقير وان يخضع للعلاج النفسى الذى يحتاجه ليتوقف عن تعاطيها .

الحشيش

يحدث تعاطى الحشيش الاحساس بالنشوة والابتهاج والسعادة كما تحدث الهلاوس وعدم الادراك الزمنى والمكانى . ولا يحدث اعتماد جسمى ولكن قد يعتمد الشخص نفسيا عليها لما لها من تأثير سار . والشخص الذى يتعاطى الحشيش نادرا ما يرتكب أفعالا لا اجتماعية او اجرامية عندما يكون تحت تأثيرها ، على الرغم من انه قد يرتكب افعالا جنسية متهورة ويسلك سلوكا يتسم باللامسئولية والنشوة والاحساس بالاسترخاء والابتهاج التى يؤدى اليها الحشيش ، وقد يدفع الى تعاطيه بعض الاشخاص من الذين يعانون من شعور شديد بعدم الكفاءة أو لامن أو النقص او القلق او الاكتئاب . وعدد قليل ممن يتعاطون الحشيش بانتظام يعانون من اضطراب الشخصية اللااجتماعية حيث يستخدمونها كوسيلة للثورة على الآباء والسلطات الذين يحرمونها . ونسبة قليلة ممن يتعاطون الحشيش يتميزون بمسار وظيفى غير منتظم وحياة دراسية لا مسئولية فيها ، وتدهور اجتماعى واقتصادى . وعلى

اية حال ، يرى كثير من الاطباء أن معظم الاشخاص الذين يتعرضون لهذا قد يسيرون بنفس المسار دون تعاطى الحشيش . ولهذا فمازال الجدل حول خطره مستمرا . كما ان بعض الاطباء يرى أن تعاطى الحشيش يؤدى الى اضطرابات ذهانية وعصابية ، ولكن ما زالت الادلة توضح أن نسبة الحالات الذهانية والعصابية بين من يتعاطونه لاتزيد عنها بين المجموع العام . وحالة التسمم الحاد بالحشيش تتضمن احساسات بالنشوة واضطرابات نفسحسية حيث تبدو الاشياء والاشخاص فى حجوم واشكال غير عادية . كما يوجد اضطراب حركى شديد وينتاب الشخص حالة من الثرثرة والضحك والبكاء . وتزداد الرغبة الشبقية .

والاشخاص الذين يتعاطون الحشيش يتعرضون لتدهور دراسى او مهنى او اقتصادى او اجتماعى ، ويجب أن يخضعوا لعلاج نفسى فردى او اجتماعى ، كما ان البعض يمكن أن يستفيد من خدمات التاهيل المهنية والاجتماعية . وفى تلك الحالات يجب أن يتوقف الشخص عن التعاطى .

الكوكايين

تعاطى الكوكايين لايؤدى الى الاعتماد الجسمى عليه ولكنه يؤدى الى الاعتماد النفسى حيث يعطى الاحساس بالابتهاج والسعادة .

والذين يتعاطون الكوكايين يتعرضون لتدهور أكثر شدة مما يحدث عند سوء استخدام العقاقير الاخرى ، فيشيع التدهور الاجتماعى والانفعالى الواضح حيث أن المريض يقصر حياته على العقار وما يحدثه من احساسات . وعدد غير قليل ممن يتعاطون الكوكايين يتعرض لاضطرابات ذهانية تسممية مع هلاوس وهذاءات اضطهادية . ويمكن ان يحدث الانتحار او القيام بجريمة قتل او عملية تخريب اثناء النوبات

الذهانية ، وقد ينتاب الذين يتعاطون العقار لمدة طويلة هلاوس حسية بأن الحشرات تزحف تحت جلودهم . ويمكن ان تؤدى الجرعات الزائدة الى ارتفاع فى درجة الحرارة والى التشنجات والهذيان والموت .

والشخص الذى يتعرض لحالة اضطراب نتيجة تعــاطى الكوكايين يجب ان يلحق بالمستشفى ويعطى الباربيتيورات لتهدئته . وبعد ذلك يخضع للعلاج النفسى الفردى او الجماعى اذا رغب فيه . كما يقدم له خدمات التاهيل المهنى والاجتماعى .

الاضطرابات النفسجسمية

لقد اصبح من الواضح ان العوامل النفسية لها تأثيرها الفعال على اجهزة الجسم المختلفة . فهناك علاقة وثيقة بين البعد النفسى والبعد الجسمى فى الفرد ، وان هذين البعدين متساوان للتعبير عن وظائف الانسان . ويتضح هذا من المسارات العصبية بين مراكز الانفعالات كالثالموس والهيبوثالموس والجهاز الطرفى والتكوين الشبكى من الجهاز العصبى وبين اجهزة الجسم الاخرى .

والمريض الذى يعانى من مرض نفسجسمى ، يعانى من مرض جسمى يرجع جزئيا او كليا الى عوامل انفعالية . غير ان هناك بعض الاطباء يستخدمون مفهوم الطب النفسجسمى بمعنى اشمل ، حيث يرون أن مسار اى مرض جسمى قد يتأثر بحالة الفرد الانفعالية حتى ولو لم يكن للعوامل الانفعالية دور فى نشأة المرض . فمريض السل المكتئب مع تشاؤمه وقلة اهتمامه باتباع برنامجه الطبى غالبا ما تقل درجة تحسنه عن المريض المتفائل ذى الرغبة الشديدة فى الشفاء . وبهذا يجب النظر الى كل مرض كاضطراب ينتاب الفرد بأبعاده الجسمية والانفعالية والاجتماعية . فلا يمكن دراسة المرض مع تجاهل المريض الذى يعانى منه .

ولكننا سنقتصر فى فهمنا لمفهوم الامراض النفسجسمية على تلك الامراض التى تقوم العوامل الانفعالية بدور هام فى نشأتها . ونتناول بعض الامراض فى ضوء هذا الفهم .

اضطرابات الجهاز الدورى الدموى

الضغط النفسي الذى يسبب القلق يزيد من سرعة نبض القلبودفع الدم وارتفاع ضغط الدم ، كما يؤدى الى تغيرات فى انتظام عمل القلب. ويرتبط الاكتئاب واليأس بقلة سرعة نبض القلب ودفع الدم وانخفاض ضغط الدم .

والاضطراب الذى يعرف بالوهن العصبى الدورى والذى يتميز بصعوبة التنفس وسهولة التعب وزيادة سرعة نبض القلب ، والارتعاش والاغماء والدوار والصداع والخوف من المجهود ، لايرجع الى اصل عضوى ولكنه يرجع الى اصل نفسي حيث يصاحب هذه الاعراض الجسمية أعراض من القلق تظهر فى الاحلام المزعجة والتشاؤم وعدم الاستقرار . كما أن معظم الذين يعانون من هذا الاضطراب يتسمون بالاعتماد على الغير وعدم النضج . وتشير البيانات الاكلينيكية الى أن الضغط النفسى يؤدى الى مرض الشريان التاجى والذبحة الصدرية . غير أن هذه الحالات تحددها عوامل متعددة تتضمن الاستعدادات الوراثية للتمثيل الغذائى للدهون .

ومن امراض الجهاز الدورى هنا :

ضغط الدم المرتفع

يجب الا نعتقد بأن العوامل النفسية وحدها تؤدى الى ارتفاع ضغط الدم . فضغط الدم ليس مرضا معينا ولكنه رد فعل جسمىقد ينشأ من أسباب مختلفة .

ويرتفع ضغط الدم القابض لدى معظم الافراد احيانا فى حالة الاستثارة او الغضب او القلق . ويعتقد كثير من الاطباء أن التوتر

الانفعالى نتيجة مشاكل الفرد المختلفة قد يؤدى الى ارتفاع ضغط الدم الاساسي . وارتفاع ضغط الدم هذا قد يؤدى فى حينه الى اضطراب الكليتين والدورة الدموية الذى يؤدى الى استمرار ارتفاع ضغط الدم.

وكثير من مرضي ضغط الدم المرتفع يتسمون بالسلبية والخضوع وكبت الغضب ، كما يتسم البعض بالعصابية والدقة الزائدة والافعال القهرية .

ويعانى بعض المرضي من اعراض فى الجهاز الهضمى واضطرابات فى الراس وتعب . غير أن تلك الاعراض لايمكن ارجاعها الى ارتفاع ضغط الدم ذاته ، ولكن ربما تكون نتيجة لنفس العوامل الانفعاليةالتى ادت الى ارتفاع ضغط الدم . ومع معرفة المريض بمرضه فان الخوف قد يسود الصورة الاكلينيكية .

وعلاج ارتفاع ضغط الدم يجب أن يشتمل على العلاج النفسى الذى يساعد المريض على مواجهة مشاكله كلما أمكن ذلكوحل الضغوط. الامر الذى قد يخفض من ارتفاع ضغط الدم .

زيادة سرعة نبض القلب

غالبا ما تكون زيادة سرعة نبض القلب عرضا جسميا لعصاب قلق حاد أو مزمن . وغالبا ما يخشى المريض من أن تكون زيادة سرعة النبض لها علاقة بمرض القلب . وهذا الخوف يزيد من توتر القلق الاصلى الذى ترجع اليه زيادة سرعة النبض .

والمريض الذى يعانى من زيادة سرعة نبض القلب والخوف من مرض القلب غالبا ما ينتابه التعب والدوار وقصر التنفس والم الصدر

بالخوف من اى مجهود جسمى . ومجموعة الاعراض هذه عندماتصبح مزمنة تعرف احيانا بمجموعة اعراض المجهود .

وعلاج مجموعة الاعراض هذه يقوم على علاج عصاب القلق الحاد والمزمن وعصاب الوسواس الذى يرجع اليه المرض .

مرض الشريان التاجى

لقد لوحظ اكلينيكيا ان الضغط الانفعالى قد يؤدى الى الذبحة الصدرية . فالقلق والغضب والاستثارة قد تزيد من سرعة نبض القلب ، مما يزيد من حاجة القلب من الدم ، الامر الذى يؤدى الى الذبحة الصدرية اذا كان الفرد يعانى من عدم كفاءة الشريان التاجى . ولقد اتجهت الدراسات الحديثة لمرضي الشريان التاجى الى الاخذبنظرة شاملة لحياة المرضي . فأوضحت هذه الدراسات ان الفرد الذىيتعرض لمرض الشريان يعمل كثيرا ، مع وقت قليل للترويح ، ويشتمل غذاؤه على نسبة مرتفعة من الدهون كما انه يدخن كثيرا . وينظر الى هذه العوامل على أنها نتاج لتكوين شخصية المريض .

والاتجاه فى البحث النفسجسمى ياخذ فى اعتباره النظر فيماوراء خصائص شخصية المريض ، والكشف عن كيفية تأثير تكوين شخصية المريض فى عادات تغذيته .واستخدامه للدخان وغيره من المواد الضارة ونظام عمله وانشطته الترويحية وطموحه الاجتماعى والاقتصادى .

صداع الراس النصفى

على الرغم من ان الخاصية الواضحة لصداع الراس النصفى هى نوبات الصداع فى نصف الراس عادة ، فان مجموعة الاعراض تتكونمن اضطرابات فى الاوعية وغيرها من اعراض جسمية مع اضطراب الحالة

المزاجية ايضا فى الاشخاص الذين يتميزون بشخصية تتسم بالافراط فى الدقة . وقبل بدء الصداع ، يبدأ هناك ولمدة بضع ساعات او ايام دليل على تغير الحالة المزاجية مع زيادة فى انقبـاض الاوعيـة الدموية وخاصة أوعية الرأس . والاستثارة ، وحدة الحالة المزاجية فى هـذا الوقت غالبا ما ترتبط باحمرار أو اصفرار الوجه تبعا لانقباض أواتساع الاوعية الدموية التى توجد خارج الجمجمة . وتحـدث اضـطرابات بصرية كالعتمات البصرية والابصار النصفى فى ١٥ فى المائة من المرضى قبل الصداع بساعة او بساعتين تبعـا لانقبـاض الاوعيـة الدموية فى الشبكية . وعندما تختفى هذه الاعراض يبدأ الصداع النصفى ،ويرجع الصداع الى تمدد الشرايين التى تغذى الرأس ، وقد يزول الصـداع بفعل العقاقير القابضة . ومع استمرار تمدد الشرايين لعـدة ساعات يحدث استسقاء او ليونة فى الاوعية الدموية التى لاتستجيب عنـدئذ للعقاقير القابضـة . وهنا يحدث احمرار العين او تدميعها وانتفـاخ الغشاء المخاطى المبطن للانف ، كما يحدث فى حالة بعض المرضي انقباض مؤلم لعضلات الرقبة . وقد يحدث فى حالة البعض الآخر غثيان وقىء أو احتباس للسوائل وغيرها من الظواهر .

ويبدو ان المرضى الذين يعانون من صداع الرأس النصفى ينحدرون من اسر محافظة تهتم بالتحصيل وتطلب من اطفالها الالتزام بأنمـاط سلوكية تحد من التعبير المباشر عن العدوان سواء لفظيا او جسـميا ، وعلى ذلك تكبت الاحساسات العدوانية . واثارة الغضب أو الرغبات العدوانية تؤدى الى الصراع والقلق ، مما يؤدى الى استجابة مرضـية التغذية العصبية للاوعية الدموية وبالتالى الى الصداع . واثارة الدافع الجنسى الذى يرفض ، قد يؤدى أيضـا الى الغضب ونتيجـة لذلك يظهر الصداع .

وتتميز شخصية الفرد الذى يعانى من صداع الراس النصفى باخذ الآخرين فى الاعتبار ، والضبط والهدوء الظاهرى والافراط فى الدقة . وقبل نوبة الصداع مباشرة قد تتضح بعض سمات الشخصية والحالة المزاجية التى تعبر عن الغضب الخفى . وكثيرا ما يوجدتاريخ اسرى لصداع الرأس النصفى .

ويتجه علاج النوبة الحادة من الصداع الى ازالة الاعراض بالعقاقير القابضة للاوعية باعطاء المريض عن طريق الفم ١ مليجرام من ارجوتامين تارترات أو ١٠٠ مليجرام من كافين صوديوم بنزوات ، كل ٣٠ دقيقة الى ان يصل عدد الجرعات الى ست . واذا انتاب المريض الغثيان أو القىء ، فقد يعطى حقنة بجرعة ٢٥ر أو ٥ر مليجرام من ارجوتامين تارترات تحت الجلد وكوقاية من الصداع يعطى المريض ميثى سيرجيد ماليت ، بجرعة ثلاث مرات يوميا . وهذا العقار المضاد لنسيروتونين لايكون له قيمة فى ازالة النوبة الحادة . وله مضاعفات من الغثيان والدوار وآلام المعدة وعدم الاستقرار والتثاقل وانقباض عضلات الساق . ويمنع العقار فى حالات الحمل وامراض الجهاز الدورى الدموى .

وينصح بالعلاج النفسي عندما تكثر نوبات الصداع او تؤثر على توافق المريض . ويجب أن يوجه العلاج ليسمح بتعبير بناء ومباشر للغضب والدوافع العدوانية ويقلل من عمليات الضبط الزائدة .

اضطرابات الجهاز الهضمى

تمتد أعراض اضطرابات الجهاز الهضمى من تلك الاعراض التى تظهر فى التجويف الفمى الى أعراض الاضطرابات التى تنتاب المعدة

والامعاء الدقيقة والامعاء الغليظة وما يتصل بها من اعضـاء . واكثر هذه الاضطرابات شيوعا فقدان الشهية والغثيان والقيء والاسـهال والامساك . واقلها شيوعا التهاب الفم وآلام الفكين . ومن الاضطرابات ايضا انقباض القولون أو التهاب الغشاء المخاطى المبطن له مع الاسهال والامساك ، وبالاضافة فان البدانة وفقدان الشهية العصبى يمكن اعتبارهما من الاضطرابات النفسجسمية للجهاز الهضمى .

اضطرابات الفم

يعتبر الفم مركزا لكثير من الاعراض الانفعالية لما له من علاقة بين الطفل وامه منذ السنوات الاولى من حياة الطفل . وتظهرهذهالاعراض فى صورة مص قهرى او حركات مضغ . ويعانى بعض المرضي من عادات غير سوية فى المضغ . ووجود هذه العادات يؤدى الى الم وقد يؤدى الى اصابة التركيب الفمى . والالم الناتج عن العادات غير السوية فى المص والمضغ قد ينشأ فى المفاصل الصدغية الفكية أيضا ، مما قد يؤدى الى الم فى الوجه . وعندئذ ينتشر الالم الى اللسان والغشاء المخاطى المبطن للفم الامر الذى ينتاب غالبا الشخصية الهستيرية والوسواسة . وجفاف الفم الزائد غالبا ما يرجع الى اضطراب عصابى . ولقد وجد أن معظم المرضى الذين يعانون من الم فى اللسان والغشاء المخاطىالمبطن للفم ، يتسمون بالقلق المزمن . ومشكلة الكثير منهم الخوف منمرض السرطان . وتتميز حياة كثير من النساء بالفراغ وعدم الاشباعالجنسي والجمود والكراهية . والضغط على الاسنان المستمر عند البالغينحتى فى أثناء النوم ، يعانى منه الاشخاص الذين يتسمون بالاعتماد على الآخرين ، كما انه يعبر عن كراهية شديدة . ويبدو أنه يحدث كلزمة عصبية يتسم بها الاشخاص الذين يعانون من حالة وسواس . وقد

ترتبط هذه الحالة بعادة مص الاصبع لدى الاطفال . ويقوم العلاج على تحليل الشخصية والعوامل الموقفيـة التى واجهت المريض . ولقـد استخدم العلاج بالعقاقير بنجاح فى بعض الحالات عندما ترتبط الاعراض بذهان انتكاسي .

القرحة المعدية

يؤدى القلق والعدوان الى زيادة نشاط الدورة الدموية فى القناة الهضمية كما يؤدى الى زيادة افرازاتها وحركتها . وهـذه الزيادة فى النشـاط تؤدى الى تفتيت الغشـاء المخـاطى ، الامر الذى يؤدى الى تكوين القرحة .

ولقد اجريت عدة دراسات على المرضى الذين يعـانون من القرحة المعدية ، فكشفت هذه الدراسـات عن ان حاجة المرضي الى العطف لم تشبع ، كما يتميزون بالحاجة الشـديدة الى الاعتماد الانفعـالى على الآخرين . وعلى اية حال فغالبا ما تختفى هذه الحاجة خلف ستار من الاكتفاء الذاتى والسعى الى النجاح المهنى والاجتماعى . ويفيد نشاط المريض فى اشباع احساساته العميقة بعدم الامن والحصول على اعتراف وتقدير الآخرين من حوله . ويبدأ تكوين القرحة عندما يواجه المريض ضغوطا فى علاقاته أو عنـدما يعـانى من تدهـور فى وضـعه المهنى أو الاجتماعى ، الامر الذى قد يقلل من احترام وتقدير الآخرين له .

ويتميز بعض المرضى بالانعزاليـة والاعتمـاد والسلبيـة ويكبتون احساساتهم بالعدوان وينقصهم النشاط فى التحصيل الذى يميز كثيرا من مرضي القرحة . ومن الواضح الآن ان اى صراع يؤدى الى القلق يؤدى الى زيادة النشاط المعدى وبالتالى الى القرحة .

وتدل أساليب العلاج على ان العلاج بأسلوب التحليل النفسي يؤدى الى نتائج طيبة .

التهاب الغشاء المخاطى للقولون

تظهر اعراض هذا الاضطراب فى الامساك والبراز المختلط بالمخاط وقطع من الغشاء المخاطى المبطن للقولون ، كما تتميز شهية المريض بالضعف ويشيع انتفاخ المعدة والاحساس بالثقل أو الالم بعد تناول الطعام ، كما يشيع الغثيان وغيره من الاعراض المعدية ويتسم كثير من المرضى بالوهن ويظهرون نقصا فى الحيوية .

التهاب القولون القرحى

لقد لوحظ أن هناك علاقة بين الضغط النفسي وبداية ظهورالنوبات بعد ثلاثة أو أربعة أسابيع من تهديد فجائى لأمن المريض نتيجة موت عزيز او فقدان عضو من الجسم أو الفشل فى الدراسة أو العمل أو غيرهما من الاسباب التى تقلل من احترام الذات . وتدل الدراساتعلى أن المشاكل الانفعالية تقوم بدور ذى دلالة فى الاصابة بهذا المرض ،ولكن هناك اطباء يعتقدون ان هناك عوامل أخرى لم تكشف الدراسات عنها بعد ، لها دورها فى الاصابة . وتشير كثير من الدراسات الى أن المرضى يعانون من كبت شديد للغضب والكراهية وأن نوبات المرض تظهرعندما يثار غضب الفرد وكراهيته . والعوامل الانفعالية هذه لها تأثير واضح على فسيولوجية القولون حيث تؤدى الى زيادة نشاط الدورة الدموية والافراز والحركة فى القولون . وهذا النشاط الذى يؤدى الى الالتهاب يمنع أيضا شفاءه . ويقوم العلاج أساسا على العلاج الطبى ، حيث أن العلاج النفسى لايؤثر بفاعلية على الاصابة ولكن هناك أدلة على أن الذين

يخضعون للعلاج النفسي لمدة طويلة يظهرون تحسنا اذا ما قورنوا المرضى الذين يخضعون للعلاج النفسى لمدة قصيرة .

البدانة

لقد فهمت البدانة الى حد كبير من منطلق زيادة دافع تناول الطعام وحاولت الدراسات الفسيولوجية والنفسية فهم مصدر هذا الدافع المرضي . ومن هذه الدراسات تبين أن دافع الافراط فى تناول الطعام يجب أن ننظر اليه على انه مشكلة معقدة لا تقتصر على مجرد زيادة دافع اشباع الحاجة الى الطعام . فبالنسبة لمعظم المرضى يحتمل أن تكون المؤثرات الوالدية هى المحددات الغالبة للبدانة . وبدون ادراك هذه المؤثرات واخذها فى الاعتبار يفشل غالبا علاج البدانة . ومن المقبول الآن فى كثير من الدوائر الطبية أن زيادة ٢٠ فى المائة فى الوزن عن معدل الوزن لسن معين ولجنس معين يشكل حالة مرضية . وتحدث الزيادة فى الوزن غالبا فى الجو الأسرى الذى يسعى فيه الوالدان لتعويض احباطهما وخيبة أملهما بارتباطهما بطفلهما . ففى معظم الحالات تكون الأم مسيطرة ونفرط فى رعاية طفلها بما فى ذلك دفعه لتناول الطعام . وغالبا ما تكون توقعات الأم من حيث تحصيل طفلها مرتفعة ، كما لا يعنى بالطفل على انه فرد له مشاكله الخاصة التى تتطلب الدعم الانفعالى ، فيفشل فى الاعتماد على نفسه وتحقيق ذاته . وغالبا ما تعكس اتجاهات الأم مشاكلها ، وتبدو لنفسها وكأنها تسعى لأن تجنب اطفالها تلك المشاكل التى كانت تعانى منها . وفى كثير من الحالات يكون الطفل البدين طفلا غير مرغوب فيه ؛ وغالبا ما يتقبل وضعه بطريقة سلبية دون ثورة لاشباع حاجاته التى لا تتم بدون الأسرة .

والشخص الذى يعانى من البدانة لا يستطيع ادراك انقباضات

الجوع وتقدير كمية الطعام التى يستهلكها . ويذهب بعض الأطباء الى القول بأنه يحدث خلال عمليات الطعام انحراف ادراك الطفل للاحساسات التى يتعرف بها على الجوع واشباع حاجته من الطعام . ويحدث هذا نتيجة لدفع الطفل لتناول الطعام كوسيلة لازالة قلق الوالدين وليس لحاجة الطفل الجسمية الى الطعام . ويعتبر هذا الانحراف فى الادراك مدخلا لفهم نشأة البدانة . وعندما يتعرض الشخص البدين للاحباطات الاجتماعية ، فانه يسعى للاشباع بالافراط فى تناول الطعام . وبهذه الوسيلة يعبر عن عدوانه . واحيانا تكون صورة الجسم لها دلالتها الانفعالية ، حيث انها تمثل رغبة الشخص فى أن يكون قويا مما يعطى له اشباعا . وفقدان الوزن يمثل صعوبة لا بسبب عدم القدرة على مواجهة عدم الارتياح الجسمى الناشىء عن الجوع ، ولكن ايضا بسبب الاحساس بفقدان الحب والانتقام الذى يمثله تناول الطعام ، واخيرا الخوف من فقدان القوة التى يمثلها زيادة الجسم فى الوزن .

والنضج الجنسي يضطرب فى حالة البدانة ، حيث يوجد هناك قصور واضح فى الاهتمام بالجنس الآخر . وعلى الرغم من ذلك تبدو الجنسية المثلية نادرة وعادة ما تنجح الأنثى البدينة فى اقامة علاقة زوجية .

ولقد استخدم مفهوم البدانة كرد فعل للاشارة الى زيادة الوزن التى تنشأ فجاة نتيجة لاصابة نفسية . ولقد اوضحت الدراسات أن هؤلاء الاشخاص يستجيبون للضغوط النفسية بالافراط فى تناول الطعام، وان نمط الأسرة ونشأة الشخصية فى تلك الحالات يشبه الى حد كبير حالات البدانة عامة. وغالبا ما تكون البدانةكرد فعل نتيجةموت شخص عزيز أو القلق لفقدانه . ومن حالات البدانة كرد فعل حالات الاشخاص

الذين يتعرضون للحرمان بسبب المجاعة . كما تلاحظ البدانة كرد فعل بين الذين يقضون فترات طويلة فى السجن والمعسكرات والذين يتعرضون للحرمان من الحب والسعادة وتحقيق الذات ، حيث يجدون فى تناول الطعام اشباعا لحاجاتهم الى الحب والأمن .

ويبدو أن ماتحدثه زيادة تناول الطعام من اشباعات تكون وقائية فى بعض حالات الاضطرابات الذهانية . فغالبا ما ينتاب هؤلاء الافراد حالة شديدة من الذهان ، عندما يفقدون وزنهم نتيجة التغذية . وتفسر سيكولوجية الشخص البدين التى تناولناها فشل أساليب العلاج الطبى عادة ، حيث ان الافراط فى تناول الطعام يمثل اشباعا لحاجة الفرد . وقبل الخضوع لرغبة المريض البدين أو رغبة والديه فى العلاج فمن الضرورى تحديد ما اذا كان التغير المرغوب فيه قد يؤثر على الاتزان الجسمى والنفسي للفرد .

والعلاج الناجح للمريض يتطلب المعرفة بشخصيته ، فهدف العلاج يجب أن يتعدى مجرد انقاص الوزن . وعندما يكون الطعام مصدر الاشباع الأساسى للفرد فان العلاج النفسي غالبا ما يفشل .

فقدان الشهية العصبى

اضطراب نفسجسمى غير شائع الى حدما ، له خصائص عصابية . ويتميز معظم المرضى بقدرات عقلية عالية ، وبالانطوائية والعناد والانانية والدقة وزيادة الحساسية وتأنيب الذات والسلوك القهرى . وبينما يكون الاشمئزاز من الطعام او نقص الشهية هو العرض الأساسي فان الدافع الآساسى يبدو انه دافع قهرى الى النحافة يصاحبه غالبا الخوف من البدانة . وبالاضافة الى فقدان الشهية يوجد أيضا الهزال

الشديد مع الاحتفاظ بحيوية الجسم . ومن الاعراض الأخرى عدم الطمث والامساك وانخفاض معدل التمثيل الغذائي وفقدان ماء الجسم وجفاف الجلد وسقوط الشعر وعدم الاستقرار . ويكون فحص المعدة والامعاء بالاشعة سالبا ، كما يوجد دليل على اضطراب الغدة النخامية .

ويوجد غالبا تاريخ سابق من البدانة والافراط فى تناول الطعام مع احساس بالخجل منها . وعادة ما توجد علاقات منزلية غير سعيدة ، تأخذ غالبا صورة من الكراهية بين الأم وابنتها . ويستخدم مواصلة النحافة احيانا كسلوك من الكراهية وعدم الخضوع للأم التى تصمم على دفع ابنتها لتناول الطعام . وعلى ذلك ينشأ المرض غالبا فجأة فى مرحلة المراهقة . وقد يوجد أيضا تنافس بين الاخوة ، وفى عدد كبيرمن الحالات يوجد احباط فى التكيف الجنسى الغيرى .

ويتوقف العلاج على حالة المريض ، فاذا كان المريض يعانى من حالة جوع سيئة مع نقص فى الفيتامين وعدم اتزان الكتروليتى ، فانه يلزم اطعام المريض عن طريق الحقن والملعقة والانبوبة . ويجب أن يوجه المريض بالايحاء الى تناول بعض الطعام على أن نزيد من كمية الطعام بالتدريج . واذا وجدت صراعات فى علاقات المريض بأسرته فيجب العمل على حلها . وقد يستخدم العلاج النفسي اذا كانت شخصية المريض تتميز بالعصابية .

الغثيان والقيء

غالبا ما ينشأ الغثيان والقيء من الضغط الانفعالى . وهناك حالات يكون من الواضح فيها أثر العوامل الانفعالية حتى أن المريض لايسعى الى رعاية طبية ، بينما هناك حالات لاتتضح فيها هذه العلاقة . والغثيان المزمن المتقطع الذى قد يحدث يوميا أو عددا من المرات كل

اسبوع عرض شائع فى عصاب القلق المزمن . وقد ينتاب الغثيان والقيء بعض الافراد عند تهديدهم بفقدان او ابتعاد شخص على علاقة انفعالية وثيقة بهم . والغثيان والقيء النفسي ينتاب غالبا الاطفال الذين يعانون من مخاوف المدرسة . حيث ينتاب الغثيان والقيء هؤلاء الاطفال فى كل صباح يذهبون فيه الى المدرسة ، لعدة اشهر اويزيد . وينتاب الغثيان الانفعالى احيانا المرضى الذين يعانون من مخاوف الازدحام والأماكن العامة ويصبح الغثيان سببا يعتذر به المريض عن المشاركة فى المواقف الاجتماعية التى لا يستريح لها . ومجموعة اعراض الغثيـــان والقيء اللذين يحدثان عندما يستخدم الفرد سيارة او طائرة او سفينة تعرف بمرض الحركة . وكثيرا من حالات مرض الحركة يتسبب عن استثارة شديدة للجهاز الدهليزى فى الأذن الداخلية عندما يكون الفرد فى حـــالة حركة . ولكن هناك حالات من مرض الحركة تنشأ جزئيا او كليا عن عوامل انفعالية ، فالخوف من السفر فى السيارات او الطائرات قد يكون سببا للغثيان او القيء ويتطلب الأمر فحصا دقيقا للمريض للكشف عن هـــذا .

اضطرابات الجهاز العضلى الهيكلى

مجموعة اعراض توتر العضل

كثيرا ماتؤدى العوامل الانفعالية الى التوتر العضلى . ويحدث فى عضلات خلف الرقبة ، والمنطقة القذاليـــة والجزء السفلى من الظهـــر وعضلات الكتفين .

كما يحدث هذا التوتر العضلى فى طبقة العضل الرقيقة التى تغطى الجمجمة . ويسبب هذا التوتر انواع مختلفة من الصداع . واعراض التوتر العضلى قد تستمر لبضع دقائق فقط او قد تحدث عدم ارتياح

مزمنا يؤثر على المريض فى فترات متقطعة لسنوات . والتوتر العضلى الانفعالى للجزء السفلى من الظهر وجدار الصـدر الآمامى من المشـاكل الاكلينيكية الشائعة . ففى كثير من حالات الم الظهر فى المنطقة القطنية لا يكشف الفحص عن اضطرابات جسمية . وحتى اذا كشفت الأشعة عن اضطرابات جسيمة فيجب ان تؤخذ العوامل الانفعاليه ايضـا فى الاعتبار . كما ان الم منتصف الظهر غالبا ما يرجع الى التوتر العضلى الانفعالى .

توتر عضلات الرقبة

قد تتعرض عضلات الرقبة الى التقلص المستمر او المتقطع مما يؤدى الى دوران الذقن والراس الى احد الجانبين . ودوران الذقـن والراس يتجه الى الجهة المضادة للجهة التى يحـدث فيهـا التقلص . ويحدث استرخاء لعضلات الرقبة اثناء النوم .

ويرجع تقلص عضلات الرقبة فى بعض الحـالات الى امراض فقرات الرقبة او العقد القاعدية ولكن فى حالات اخرى يرجع التقلص الى عوامل انفعالية .

ويفيد العلاج النفسي المبـكر فى بعض الحـالات ولكن فى كثير من الحالات لا يلجأ المريض الى العلاج النفسى الا بعد ان يحاول العلاج الطبى، الأمر الذى تشتد معه أعراض المرض . فالمريض اذا لم يلجأ الى العلاج النفسى منذ نشاة المرض فان فرص نجاح العلاج تقل كثيرا .

صداع توتر العضل

يحدث التوتر العضلى فى الطبقة العضلية التى تغطى الجمجمـة عدم ارتياح يصفه المريض بالشعور برباط ضاغط حول الراس مع الم

فى الجبهة والم فى المنطقة الصدغية والم فى قمة الراس . كما يحدث الم ايضا فى الوجه ومنطقة ما قبل تجويف العين .

ومعظم انواع الصداع ترجع الى التوتر العضلى الانفعالى فى عضلات خلف الرقبة والجمجمة . وحالات القلق المزمن غالبا ما تكون السبب الاكثر شيوعا فى انواع الصداع النفسى ، ولكن اى اضطراب نفسي يصاحبه القلق قد يؤدى الى هذا الصداع الانفعالى . ويمكن ازالة هذا الصداع باستخدام العقاقير المخففة للقلق التى تحدث استرخاء فى العضلات . ويمكن استخدام الميبروبامات بجرعة ٤٠٠ مليجرام مع الباربيتيورات كالصوديوم اميتال حيث تكرر الجرعة كل ثلاث ساعات . وتكرار حدوث هذا الصداع يتطلب العلاج النفسي للوقوف على الصراع وتعديل تكوين الشخصية الباثولوجى .

التهاب الروماتزم

قد يرجع التهاب الروماتزم الى اضطراب الأوعية الدموية أو الغدد الصماء أو التمثيل الغذائى او الى مرض معد او الى الحساسية الزائدة . ويعتقد كثير من الأطباء ان العوامل الانفعالية قد يكون لها دور ولو جزئيا فى التهاب الروماتيزم . فلقد لوحظ ان بداية التهاب الروماتيزم أو نوباته قد ترتبط بفترات من الضغط الانفعالى . ويشير الأطباء الذين قاموا بدراسة هذا الاضطراب الى ان المريض الذى يعانى من التهاب الروماتزم يكبت التعبير عن عواطفه وشعوره بالكراهية . ويبدو نشيطا جسميا وعقليا ويشغل نفسه بكثير من الانشطة التى تجعل منه فردا مقيدا للآخرين والتى تكمن وراءها الحاجة الشديدة للاعتماد عليهم، حيث يجعل المريض من نفسه فردا لا غنى لهم عنه . واحساسات الكراهية المكبوتة لها تنفيسا جزئيا فى الدافع نحو المجهود الجسمى الزائد، ويكون

لدى المريض الحاجة الشديدة للسيطرة على من حوله بجعلهم مدينين له . ومريض التهاب الروماتزم غالبا ما ينشأ فى بيئة لا تشبع حاجته الى العطف ، كما يوجد فيها تنافس شديد بين المريض واخوته ، وبين المريض ووالديه .

ويقوم العلاج أساسا على العلاج الطبى . غير ان بعض الاطباء يرون ان العلاج النفسى له اثره على تحسن المريض .

اضطرابات الجهاز التنفسي

من الواضح ان عملية التنفس تتأثر بالحالة الانفعالية للفــــرد . فالقلق او الغضب يؤدى الى زيادة التنفس ، بينما يؤدى التبلد الحسي والاكتئاب الى انخفاضه . ولقد لوحظ أن مجموعة اعراض زيادة التنفس أكثر الاعراض ظهورا فى حالة الاضطرابات النفسفسيولوجية للجهـــاز التنفسي .

مجموعة اعراض زيادة التنفس

تعتبر زيادة التنفس الوسيلة الفسيولوجية الشائعة التى يظهر بها الاضطراب الذى ينتاب الشخص فى حالة القلق الحاد . وقد تحدث زيادة التنفس فى اى حالة تؤدى الى الخوف ، كما تحدث فى اى اضطراب للشخصية يصاحبه القلق . وتشمل أعراض زيادة التنفس الشائعـــة خدل اطراف اصابع اليد او القدم او منطقة الفم ، ويعقب هـــذا الخدل انقباض عضلى مستمر . واذا استمرت زيادة التنفس لفترة كافية فقد يحدث اضطراب فى الوعى يصاحبه اصفرار واضطراب فى الدورة الدموية، ونبض سريع غير منتظم وضعف ينتهى فى كثير من الحالات بفقدان الشعور أو بتشنجات .

وفى الحالات التى يرى فيها الطبيب مريضا يعانى من نوبات توقف التنفس او اللغط او الدوار أو العرق ، فانه يجب أن ينظر الى هـذه الاعراض على انها تدل على نوبات من زيادة التنفس نتيجة لقلق موقفى حاد . وغالبا ما يستطيع أولئك المرضي تحديد المواقف التى تحدث فيها النوبات .

والعلاج النفسي يفيد علاج هذه الحالات ، كما أن ممارسة المريض لعملية زيادة التنفس والاحساس بأعراضها تؤدى فى بعض الحالات الى زوال الاعراض .

الربـــو

على الرغم من أن الربو ينتاب الافراد الذين يتسمون باستعداد جسمى معين الا أن هناك عوامل بيئية تؤدى الى الربو ، فقد ينتاب الربو الفرد عندما يسمع قصة أو اغنية معينة او عندما يسمع تعليقا معينا . كما ينتاب الربو الفرد فى فصل من فصول السنة او عندما يكون الجو متربا أو عندما يقترب من شجرة معينة . ومن هنا يعتبر بعض الأطباء نوبات الربو وكأنها استجابة شرطية لمثير موقفى ، اى رد فعال شرطى لمثير شرطى . والشخص الذى يعانى من الربو غالبا ما يكون ســــهل الاستثارة وسريع الاستجابة ، كما يتسم بعدم الثقة بالنفس والخضوع والقلق . ولقد لوحظ أن بعض المرضي يتسمون بالاعتماد الشديد على الأم الامر الذى يثير الصراع عندما تهدد الدوافع العدوانية والجنسية العلاقة مع الأم .

وبالاضافة الى الرعاية الطبية للوقاية من النوبات الحادة وعلاجها، فان كثيرا من المرضي قد يستفيدون من العلاج النفسى وخاصة اذا وجه

الى حل مشكلة الاعتماد التى ترتبط غالبا بكراهية مكبوتة . ولقد وجد ان الاطفال الذين يعانون من الربو غالبا ما يستجيبون سريعا بالانفصال عن آبائهم . واستمرار التحسن يتطلب الارشاد والعلاج النفسى الفعال للآباء .

اضطراب الغدد الصماء

السكر

مرض السكر من بين الامراض التى تتأثر كثيرا فى نشأتها بالاضطرابات الانفعالية ولقد اظهرت الفحوص وجود اضطرابات فى التمثيل الغذائى للجلوكوز بتغير الحالة الانفعالية للفرد . ويذكر ان نشأة مرض السكر ترتبط غالبا بفترات من الضغط الانفعالى الشديدة .

وعلى الرغم من أن دراسة تكوين شخصية مريض السكر لم تكشف عن صورة معينة من الشخصية ، الا أن كثيرا من الاطباء يؤكدون أن شخصية مريض السكر تتميز بالسلبية وعدم النضج مما يؤدى الى حاجة المريض الى انتباه الآخرين وعطفهم . ويقرر بعض الاطباء ان الاصابة النفسية تنشأ من اثارة الحاجة الى الاعتماد عندما يتعرض المريض الى الرفض والحرمان بفقدان شخص عزيز . ولقد وجد ان نسبة السكر ترتفع عندما يشعر الشخص بالكراهية والاكتئاب وانها تصبح عادية عندما يشعر بأنه مقبول ويجد الرعاية . وهذه التغيرات الفسيولوجية تؤدى الى زيادة الحامضية وقد تؤدى الى الغيبوبة ، وخاصة عندما يهمل المريض القلق ، برنامجه العلاجى . ويتطلب تنظيم السكر غالبا اتباع برنامج معين فى التغذية مع اعطاء الانسيولين ، وعلاج المشاكل الانفعالية .

زيادة افراز الثوركسين

تبين الدراسات الحديثة ان الاضطرابات الانفعالية قد تقوم بدور فعال فى زيادة افراز هرمون الثوركسين ، ومسار هذا المرض . وينشأ المرض الى حد كبير فى الفرد الحساس الذى يتفاعل بحماسه ويشعر بعدم الامن كما يشعر بشعور غير عادى بالمسئولية . ويلاحظ على الفرد فى حالة زيادة هرمون الثوركسين الحركة الزائدة والاستثارة واليقظة لكل صوت وحركة ، والسرعة فى السير والكلام والأكل والقلق والتشاؤم، وعدم الثبات الانفعالى .

وتظهر الاضطرابات الذهانية فى ٣٠ فى المائة من الحالات الحادة . وفى حالات المرض الشديدة قد يعانى المريض من حالة هوس شديد . وفى حالات اخرى قد يعانى المريض من هلاوس حادة مصحوبة بعـــدم استقرار وارق . ويعانى مرضى آخرون من الاكتئاب مع قلق واستثارة . وقد توجد حالات بارانويد مع هذاءات . وعامة فـــان الأعراض التى تظهر تكون زيادة فى شدة ما تتسم به شخصية المريض من خصائص . حيث ان الدراسات تظهر ان المريض يعانى من اضطرابات نفسية قبل ظهور الأعراض الاكلينيكية لزيادة افراز الهرمون . وعادة فان الحالات التى يجرى لها استئصال الغدة الدرقيـــة تظل تحتفظ باضطراباتها الشديدة . وعلاج زيادة افراز هرمون الثوركسين له جانبه الطبى الذى يعمل على اعادة معدل التمثيل الغذائى الى حدوده العادية ، ويقـــوم العلاج النفسي على حل مشاكل الفرد الانفعالية .

اضطرابات اعضاء الحس الخاصة

الجلوكوما

ليس هناك ادلة مؤكدة على ان المشاكل الانفعاليـــة تؤدى الى الجلوكوما . غير أنه من الواضح أن الضغط الانفعالى يزيد من التوتر داخل العين اذا كان المريض يعانى فعلا من الجلوكوما . فقزحية العين وما يجاورها من تراكيب تتميز بالحساسية الشديدة للقلق والتغيرات الانفعاليـــة . فنوبات الجلوكوما غالبـــا ما ترتبـــط بنوبات الغضب او الخوف أو الاستثارة .

والعلاج الشـــامل لبعض المرضي يتطلب التقليـــل من الضـــغط الانفعالى كلما أمكن ذلك .

التهاب الغشاء المخاطى للأنف

يتضح فى كثير من الحالات أن الحالة الانفعالية للمريض لها تأثيرها على زيادة نشاط الدورة الدموية فى الغشاء المخـــاطى للأنف وزيادة فرازاته . وفى بعض الحالات قد يرجع الالتهاب المزمن الى عوامـــــل الحساسية والاصابة الجسمية والعوامل الانفعالية معا .

الاضطرابات الجلدية

يؤكد أطباء الامراض الجلدية وجود ارتبـــاط كبير بين الأمراض الجلدية المختلفة واضطرابات تكيف الفرد لمواقف الحياة . ويقرر بعض الاطباء ان للعوامل النفسية دلالتهـــا فى ٧٥ فى المائة من المرضي . وتدل الدراسات على اختلاف استجابات الجلد تبعا لحالة الفرد المزاجيـــة واتجاهه وشدة الموقف .

وغالبا مـــــا تؤدى الاحـــداث التى تثير الغضب والاكتئـــاب والشـــعور بالذنب الى الطفح الجلدى . ولقـــد وجد دليـــل على

علاقة الرفض بين الاطفال وامهاتهم في حالة الاطفال الذين يعانون من الالتهاب الجلدى . كما وجد أن المواقف التى تثير الاستياء والاحباط تؤدى الى الارتكاريا . ولوحظ وجود كبت للصراعات الجنسية فى حالة حكة المنطقة الشرجية التناسلية .

الارتيـــكاريا

قد تنشأ الارتيكاريا من ابتلاع او استنشاق او حقن بعض المواد . وقد تنشأ ايضا من عوامل انفعالية . ففى حالة بعض المرضى تكون العلاقة بين الارتيكاريا والضغط الانفعالى واضحة للمريض وللآخرين من حوله . وفى بعض الحالات تنشأ الارتبكاريا عندما يصبح المريض على اتصـــال بشخص معين أو يفكر فى مواجهته .

والارتيكاريا التى تنشأ عن الضغط الانفعالى تظهر أساسا على الاجزاء الظاهرة كالوجه والرقبة والذراعين ، ولكنهـــا قد تنتشر على الجسم كله . ويتضح الفرق بين الارتيكاريا التى تنشأ عن حساســية الجسم وتلك التى تنشأ عن الضغط الانفعالى بملاحظة العلاقة بين نوبات الارتيكاريا والضغوط الموقفية التى يتعرض لها المريض .

ويقرر بعض الاطباء أن المرضي الذين يعـانون من الارتيكاريا التى تنشأ عن ضغط انفعالى ، عادة ما يتسمون بالشعور بعدم الامن والسلبية ويكونون فى حاجة شديدة الى الاعتماد على الآخرين .

والعلاج النفسي له دلالته فى علاج الاضطرابات الجلدية بالاضـــافة الى العلاج الطبى .

اضطرابات الجهاز التناسلى البولى

لقد اصبح من الواضح الآن ان الاضطرابات الانفعاليـة قد تؤدى الى اضطرابات فى الجهاز التناسلى البولى ، والتى تظهر فى كثرةالتبول او احتباسه ، او فى العنة او القذف المبكر عنـد الرجال ، وفى تعسر أو انم الجماع أو توتر ما قبل الطمث عند النساء .

كثرة التبول وعسره

قد يؤدى القلق والشعور بالذنب بسبب عملية الاستمناء أو اى نشاطات جنسية اخرى الى عسر التبول أو كثرته . وتشيع هـذه الاعراض فى مرحلة المراهقة وفى بداية البلوغ عنـدما يجـاهد الفـرد للوصول الى حالة من التكيف الجنسى . ومن الملاحظ ان الجنسـية المثلية قد تؤدى الى التبول . كما أن توتر الاستعداد للامتحان قديؤدى الى كثرة التبول .

احتباس البـول

قد يرجع احتباس البول الى المشاكل الانفعالية . فعندما يعانى المريض من احتباس البول ولم يظهر فحص المسالك البولية اى مرض واضح ، فان الاحتباس عادة ما يكون بسبب المشاكل الانفعالية .

العنـة

لابد لاتمام العملية الجنسـية الناجحـة من وجود دافع جنسى وشريك مرغوب فيه وموقف لايشعر فيه الفرد بالتهديد والقلق فيسمح بدوره بالانتصاب والاستثارة التى تصل الى حد القذف الذى يصاحبه اللذة . وعلى ذلك فالعنة قد تنتاب الفرد عندما لايوجد شريك مرغوب فيه ، او عندما يؤدى الموقف الذى يحدث فيه الجماع الى التهـديد والتشتت . ومن العوامل التى تؤدى الى العنة الحب اللاشعورىالذى

يتميز بالصراع ، كالارتبـاط بالام أو الاخت أو أى امرأة يرتبط بها فى السنوات المبكرة من حياته ، أو الجنسية المثليـة الكامنة . والقلق قد يمنع الانتصاب نتيجة لكراهية نحو النساء منذ الطفولة . والشـعور بالذنب او الخجل قد يؤديان الى العنة حيث يعانى المريض من معارضة الوالدين او المجتمع له . والخوف من الامراض التناسلية أو الخوف من الموت قد يعوق الانتصاب . وتصاحب العنة حالة الاكتئاب التى تتميز غالبا بالآلام فى الظهر يعوق نشاط الجماع .

ولتشخيص العنة التى ترجع الى أسباب نفسية ، يلزم دراسـة تاريخ الحالة بدقة حيث تحدد المواقف التى يحـدث فيهـا فشـل فى الجماع .

ويجب الاهتمام بصفة خاصة بالاتجاه نحو الشريك والموقف الذى يحدث فيه الجماع ، والاتجاه نحو الصور المختلفة من الاستثارة التى تسبق الجماع والرغبة فيها ، كما يجب التعرف على أى تخيل يحدث اثناء الجماع .

واتجاه المرأة له دلالته ، فقد ينتاب الرجل العنة اذا كانت المـرأة تتسم بالسيطرة أو التنافس مع الرجل . والعنة الناتجـة عن تصلب الشرايين أو مرض السكر او اضطرابات اخرى تشمل المنطقة العجزية من العمود الفقرى أو المنطقة القطنيـة يجب استبعـادها بالفحص الطبى والعصبى العام . وقد تحدث العنة نتيجة للعلاج بعقاقير الفينوثيازينز .

فى معظم حالات العنة يجب أن ينصـح المريض بتجنب الجمـاع والفشل كوسيلة للوقاية من تقليل احترام الذات . وهذا الاسـلوب قد يكون غير ضرورى فى حالات القذف المبكر ، فقد تفيـد المحـاولات

المتكررة فى خفض التوتر . وعندما تكون العنة عرضا للاكتئاب ، فقد يذكر للمريض بأن الاعراض ستزول بزوال الاكتئاب الذى يجب أن يعالج بالعلاج المناسب . وزوال العرض بين المتقدمين فى السن أقل أحتمالا ، وكذلك فى الحالات التى يظهر فيها الشريك تهديدا .

توتر ما قبل الطمث

يبدو أن هذا التوتر يحدث فى عديد من الصور . ففى احدى الصور يلاحظ التوتر مع بداية الطمث ويستمر طوال فترته ، وفى الصورة الثانية يبدأ اساسا بعد الطمث بعدة سنوات . وفى الصورة الاولى من التوتر تقلل الام من الدور الانثوى ، وبنظر الى النشاط الجنسي على انه امر يعيب ويثير الاشمئزاز وتتحدث عن الطمث وكأنه مرض . وتخابر الفتيات اللائى يتقمصن شخصية هؤلاء الامهات الطمث كحدث غير مرغوب فيه ويشكين منه كمرض ، وغالبا ما يظهرن الحاجة الشديدة الى الرعاية بسببه . وتعيش تلك الفتيات علاقة من الكراهية والاعتماد على امهاتهن اللائى يعشن بدورهن فى حياة زوجية غير متوافقة . وفى حالة الصورة المتأخرة من توتر ما قبل الطمث يحتمل أن يوجد شعور بالذنب بسبب الرغبة الجنسية أو السلوك الجنسي ، وعلى اية حال ، فهناك تقبل لحدوث الطمث .

عسر الطمث

تعسر الطمث والم الحوض الذى يرتبط باحتقان الاوعية ، يبدو أنه ينتاب النساء المزدوجات الحس فيما يتعلق بالدور الجنسي والانثوى نتيجة للقلق والتشكك أو قصور التقمص الصحى والتدريب على الدور الجنسى الاسرى .

احتباس الطمث

على الرغم من ان احتباس الطمث قد يرجع الى تأخر النضج الجنسي ، فقد يحدث ايضا كدفاع ضد السلوك الجنسي . وينتاب احتباس الطمث النساء فى حالة الاكتئاب ويزول بالشفاء منه ، كما يشيع فى حالة فقدان الشهية للطعام . ويحدث احتباس الطمث ايضا فى حالة الرغبة فى الحمل والخوف منه .

سن اليأس

تمثل اعراض سن اليأس خليطا من الاستجابات الفسيولوجية والنفسية والتى تتكيف لها المراة الناضجة عادة بفاعلية أكثر من تكيف المراة التى تتسم بشخصية عصابية او ذهانية او المراة التى احبطت فيها وظائف الجنس والامومة . ومع نقص الافرازات الهرمونية يظهر فترات من العرق او احمرار الوجه او التوتر او عدم الثبات الانفعالى . وقد يصاحب هذا زيادة القلق وعدم الاستقرار مع زيادة شدة دفاعيات الشخصية .

والهرمونات المخلقة تزيل الاعراض الفسيولوجية ، ولكنها لا تزيل تلك الاعراض التى تنشأ نتيجة زيادة وعى المراة بتلاشي فرص تحقيق الوظائف البيولوجية الاولية كمراة او الوظائف الثانوية كفقدان مسئولياتها عندما ينفصل عنها أطفالها .

البرود الجنسى والم الجماع وعدم الخصوبة

اذا نظرنا للاستجابة الى الجماع الجنسى ، فيجب ان نأخذ فى اعتبارنا أن الذروة الجنسية عند النساء لاتشبه ذروة الجماع عند الرجال . فالتركيب التشريحى للمسار الجنسي الانثوى يختلف عن المسار الذكرى . والخلايا الحسية التى تشبه الخلايا الحسية فى حشفة

القضيب تقتصر الى حد كبير على البظر مع وجود بعض منها فى الشفرتين الصغيرتين وعضلات المهبل السفلية . والمهبل يشبه القضيب وعلى ذلك لايستجيب للاستثارة الجنسية كما لا يستثير القضيب . ولعلاقة جنسية مشبعة يجب ان تجد المراة شريك مرغوب فيه ، والا تشعر بالقلق ،والذنب وأن تجد الاستثارة المناسبة . وغالبا ما يرتبط البرود الجنسي بالخوف من الاصابة فى الجماع أو الحمل أو قد ينشأ البرود من كراهية الرجال . كما يرجع الم الجماع وتقلص المهبل الى نفس القلق والخوف اللذين يعوقان الاشباع الجنسى . ويبدو أن عدم الخصوبة ترجع ايضا الى عدم التبويض نتيجة للقلق المستمر والتشكك المستمر فى الحمل والانجاب .

وعندما يتضح ان العوامل الانفعالية عوامل أولية فى هذه الحالات فان التحليل النفسي يكون العلاج لها . ويفيد هذا العلاج فى الحالات التى يرجع اضطرابها الى الاحساسات اللاشعورية بالذنب أو الاستياء أو الكراهية أكثر مما يفيد فى الحالات التى تتسم بتكوين شخصية طفلى .

التخلف العقلي



يشير التخلف العقلى الى توقف نمو المخ او عدم اكتماله ويتميز بنقص القدرات العقلية . ويقسم التخلف العقلى الى بسيط ومتوسط وشديد . والدرجة البسيطة من التخلف العقلى يحصل فيهاالشخص على نسبة ذكاء ما بين ٧٠و ٨٥ ، ويحصل فى الدرجة المتوسطة على نسبة ذكاء ما بين ٥٠و ٧٠ ، ويحتاج هنا الى تدريب وارشاد خاص، وفى الدرجة الشديدة من التخلف يحصل الشخص على نسبة ذكاءتقل عن ٥٠ ويحتاج الى رعاية كاملة . وعادة ما يقال ان الشخص الذى يحصل على نسبة ذكاء ما بين ٧٠ ، ٩٠ حالة بينية .

ويشير كثير من الاطباء الى مجموعة من الاطفال تعانى من التخلف العقلى الكاذب ، حيث تخفى بعض العوامل امكانيات الشخص العقلية. ومن هذه العوامل العمى والصمم او العاهات العديدة او الاضطرابات الانفعالية ، مما يؤدى الى كف القدرات العقلية والاستجابة للمقاييس السيكومترية .

الاسباب : يمكن ان تقسم العوامل التى تؤدى الى التخلف العقلى الى عوامل وراثية وعوامل تؤثر على الجنين قبل الميلاد وعوامل تنشأ من الاصابة عند الميلاد وعوامل تنشأ بعد الميلاد ولكن قبل أن يتم نمو المخ .

العوامل الوراثية : تختلف الحالات التى تؤدى فيها العوامل الوراثية الى التخلف العقلى ، فهناك حالات يكون فيها التخلف اقل شدة ولا يرتبط بمرض عضوى ، وتزيد نسبة الذكاء على ٥٠ . ويعتقد ان مستوى القدرات العقلية هنا يرجع الى تاثير عديد من الجينات . وفى بعض الحالات يكون التخلف شديدا وينشأ من حالات مرضية

ترجع أساسا الى تأثير جين وحيد ، وهذا الجين اما أن يكون سائدا كما فى حالات التصلب الدرنى ومجموعة حالات قلة سعة الجمجمة حيث تلتحم تداريز الجمجمة مبكرا فيحدث لها تشوه ، أو جين متنحيا كما يحدث فى حالات التخلف العقلى نتيجة اضطرابات التمثيل الغذائى فى الاحماض الامينية والمواد الدهنية والكربوهيدراتية . ومن حالات التخلف التى ترجع الى تأثير جين متنح حالات الكريتينزم حيث يؤدى اضطراب التمثيل الغذائى الى نقص فى هرمون الثيروكسين ، وايضا معظم حالات الجارجويلزم حيث ترسب مواد الجانجليوزيد الدهنية فى الاعصاب وحول الاوعية الدموية التى تغذى الجهاز العصبى ، وفى الاغشية السحائية .

وهناك حالات من التخلف العقلى ترجع الى انحراف الكروموسومات فى عددها أو شكلها . ومن هذه الحالات ، حالات المنجولية ومجموعة امراض كلينفلتر . وجدير بالذكر أن كثيرا من الاشخاص الذين يعانون من مجموعة أعراض كلينفلتر قد يتسمون بقدرات عقلية متوسطة أو عالية وكذلك بعض المنجوليين .

العوامل المؤثرة داخل الرحم : هناك ادلة تشير الى ان نقص التغذية الشديد للام الحامل قد يصيب الجنين بأضرار شديدة . فنقص اليود فى غذاء الأم يؤدى الى التخلف العقلى من نوع الكريتينزم والاصابة بالفيروسات المعدية وخاصة الحصبة الالمانى فى ثلاثة الاشهر الاولى قد يؤدى الى الصمم واصابة العين بالمياه البيضاء والتخلف العقلى . والاصابة بالتوكسوبلازموزس قبل الميلاد تؤدى الى التخلف العقلى والاضطرابات العصبية ، كما ان الزهرى الولادى يؤدى الى اصابته بتشوهات ولادية وتخلف عقلى . وتعاطى بعض المواد الكيميائية اثناء

اشهر الحمل الاولى او تعاطى جرعات كبـيرة من الانسولين مما يؤدى الى نقص شديد فى السكر ، قد يؤدى الى اصابة الجنين وتخلفهالعقلى. ومن العوامل ايضـا عـدم تشاته مجموعة رهـ فى الجنين والأم وعادة ما تكون هذه المجموعة فى الجنين موجبة ، وفى الأم سالبة .

العوامل المؤثرة عند الميلاد : الولادة العسرة التى تؤدى الى الاختناق واصابة المخ اثناء الميلاد ، قد تؤدى الى التخلف العقلى كمـا قد تؤدى الى الصرع . والميلاد قبل النمو وخاصة الأطفال الذين يقل وزنهم عن ٢٥٠٠ جرام يكون سببا للتخلف العقلى .

العوامل المؤثرة بعد الميلاد : اصابة الراس الشديدة التى تؤدى الى الشلل قد تؤدى الى التخلف العقلى وايضـا الى الصرع . وتعتبر الالتهابات المخية والسحائية من اكثر العوامل التى تؤثر بعد الميـلاد فى احداث التخلف العقلى . كما أن تأثير فيروسات مرض الغدة النكفيـة والحصبة والسعال الديكى على الجهاز العصبى المركزى قد يؤدى الى التخلف العقلى . وحالات التسمم ونقص الفيتامين فىالطفولة اذا استمر لفترة طويلة قد يؤدى الى تغيرات لا شفاء منهـا فى القشرة المخيـة مع درجات مختلفة من التخلف العقلى .

وهناك مجموعة من الاضطرابات قد تؤثر على القدرة على التعلم ، وتتضمن هذه المجموعة اضطراب الابصار أو السمع أو العجز الحركى والاضطرابات الانفعالية والصرع . وما لم يكن هنـاك تربية خاصـة وتدريب مع معالجة العجز كلما أمكن ذلك ، فان النمـو العقلى لهـؤلاء الاطفال يضطرب . وبالاضافة الى هذه الاضطرابات التى تعزل الفردعن المثيرات العادية اللازمة للنمو الصحيح ، فان الحياة فى ظـروف غـير

ملائمة اجتماعيا قد تؤدى أيضا الى مثيرات غير ملائمة والى نقص فى الفرص التربوية . ويشار الى هذه الحالات من التخلف العقلى بالتخلف العقلى الذى يرجع الى الحرمان النفسي الاجتماعى . وهذه الاضطرابات التى تؤثر على القدرة على التعليم وغيرها من العوامل التى تؤدى الى نقص الفرص التربوية ، ذات أهمية خاصة فى حالات التخلف العقلى من النوع البينى . ويمكن تقسيم التخلف العقلى تبعا للاسباب التى تؤدى اليه الى :

تخلف عقلى نتيجة للامراض المعدية : هناك أدلة على أن الامراض **المعدية التى** تصيب الأم قد تنتقل الى مخ الجنين فى حالات كثيرة . ومن هذه الامراض الحصبة الالمانى ، فاصابة الآم الحامل بها فى ثلاثة الاشهر الأولى من الحمل يؤدى الى التخلف العقلى وغيره من التشوهات الولادية كالصمم واصابة عدسة العين بالمياه البيضاء والتشوهات القلبية . ولقد وجد ان هناك علاقة مباشرة بين فترة مرض الأم وزيادة نسبة حدوث التشوهات فى الطفل . فيولد ٥٠ المائة من الاطفال تقريبا فى حالة تشوه اذا أصابت العدوى الأم فى الشهر الأول من الحمل، و ١٥ فى المائة اذا اصابت العدوى الأم فى الشهر الثانى ، و ١٠ فى المائة اذا أصابت العدوى الأم فى الشهر الثالث .

وترتبط اصابة الأم بالانفلونزا أثناء الحمل بالتخلف العقلى بسبب تشوه مخ الطفل . واصابة الأم بالزهرى تؤدى الى اصابة الجنين بهمما يؤدى الى تخلفه وتشوه اسنانه وتشوه انسان العين ، والتهاب قرنيتها . واصابة الأم بمرض التوكسوبلازموزس يؤدى الى نقص وزن الطفل واصابته بالتشنجات والتهاب قرنية العين وكبر الراس أو صغرها واصابته بالتخلف العقلى .

ومن الامراض المعدية التى تصيب الجنين وتؤدى الى تخلفهالعقلى الالتهاب الدسحائى والمخى .

تخلف عقلى نتيجة للتسمم : اصابة الجهاز العصبى المركزى بالصفراء قد ينشأ عن زيادة نسبة الصفراء فى دم المولود . وارتفاع نسبة الصفراء الى ٢٠ مليجرام فى كل ١٠٠ سم٣ من البلزما تشير الى ضرورة نقل دم المولود . وتحديد اصابة المخ بالصفراء ليس بالامر السهل فى المراحل الأولى ، ولكن يمكن التعرف عليه من وجود تثاقل وضعف فى الرضاعة ، وعدم انتظام فى درجة حرارة الجسم ، ومن صراخ المولود المرتفع الحاد ومن التغيرات فى رد فعل مورو الانعكاسي .والدليل على الاصابة الواضحة وجود قصر فى العمود الفقرى وعدم وجود رد فعل مورو الانعكاسى ووجود علامات بصرية .

والتخلف العقلى والزفن والقفاع والصمم نتائج شائعة لهذه الاصابة . وتبين الدراسات الباثولوجية للمخ تلون العقد والأنوية القشرية والهيبوثلموس والنخاع . وعندما تكون الاصابة شديدة يلاحظ فقدان الخلايا وانسجة ما بين الخلايا والاغلفة النخاعية . وامراض المخ بسبب التسمم بالرصاص أو اول اكسيد الكربون أو الامراض التى تعقب التطعيم من اكثر أسباب التخلف العقلى نتيجة للتسمم .

تخلف عقلى نتيجة الاصابات الجسمية : تعسر الولادة كما يحدث فى حالة الوضع غير الطبيعى للطفل أو عدم تناسب راسه مع حوض الام قد يؤدى الى اصابة مخ الطفل عند الميلاد . وتمزق السحايا والأوعية الدموية والمخ مع حدوث نزيف داخل القشرة المخية ، غالبا ما تكون اصابات شائعة عند الميلاد .

والاصابة الشديدة عند الميلاد قد تتضح باصفرار الطفل وعدم القدرة على المص وضيق التنفس والصراخ الحاد واهتزاز مقلة العين. وفى مراحل متقدمة من النضج قد يظهر الطفل الذى يتعرض للاصابة فى المخ نشاطا زائدا أو ضعيفا ، كما يظهر عدم انتظام فى توتر العضلات واضطرابا فى الحركات وأوضاع الجسم ، ويجد الجسم النامى صعوبة فى تعلم المهارات الحركية المعقدة كالمشي والتسلق والتزحلق والتبديل ، على الرغم من انه قد يوجد هناك بعض العلامات العصبيةالتى تدل على اصابة الجهاز الحركى او قد لاتوجد هذه العلامات ، كما تضطرب العمليات الادراكية وتقل الاستجابة العادية للمثيرات .

والطفل الذى يعانى من اصابة فى الجزء البصرى من المخ قد يميز بصعوبة الشكل من خلفيته ، أو قد يظهر عدم قدرة على تذكر الاصوات وتحديد مصدرها ، وتمييز شدتها ، وقد يظهر ايضا عدم قدرة على ادراك الكلام وفهمه . كما يعانى بعض الأطفال من عدم القدرةعلىتمييز المثيرات اللمسية . وينحرف السلوك الاجتماعى نتيجة لارتباك الطفل واحباطه ، وعلى الرغم من ان اكثر الحالات تتميز بالسلوك العدوانى ، فان بعض الأطفال قد يتميزون بالسلبية والانعزالية او يظهرون نشاطا رتيبا قهريا . وتتوقف الصورة الاكلينيكية على موضع اصابة المخ ومداها وشدتها .

والتخلف العقلى من هذا النوع قد ينشأ أيضا عن الاختناق اثناء الميلاد نتيجة التفاف الحبل السرى أو زيادة جرعة المخدر أو العقاقير التى تعوق التنفس ، وفى بعض الحالات النادرة قد ينشأ التخلفالعقلى بسبب الاشعة على الرحم قبل الميلاد .

تخلف عقلى نتيجة اضطراب التمثيل الغذائى أو التغذية :

لقد كشفت الدراسات عن اضطراب نمو المخ نتيجة لاضطرابات معينة موروثة فى عمليات التمثيل الغذائى . وهذه الاضطرابات يمكن تقسيمها الى اضطرابات فى التمثيل الغذائى للدهون واضطرابات فى التمثيل الغذائى للكربوهيدرات وأخرى فى البروتينات . والتعرف المبكر على كثير من هذه الاضطرابات أمر ضرورى ، حيث ان التغذية الصحيحة قد تقى أو تقلل من اصابات المخ وبالتالى اضطراب وظائفه العقلية .

التخلف العقلى الناتج عن اضطراب التمثيل الغذائى للدهون :

هناك اربعة أنواع من التخلف العقلى نتيجة لاضطراب التمثيلى الغذائى للمواد الدهنية ، يتميز كل منها بتجمع مشتقات من أحماض دهنية مختلفة للقاعدة أسفينجوسين فى أعضاء مختلفة من الجسم ففى مرض تاى زاخ يتجمع الجانجلبوزيد فى الجهاز العصبى المركزى ، وفى مرض نيمان بيك يتجمع الاسفينجوميلين فى الجهاز العصبى ، وأيضا فى الانسجة التى تلتهم الخلايا المعمرة والخلايا البارنشيمية ، وفى مرض جاوشر يتجمع السريبروزيد فى الجهاز العصبى فقط فى الصورة الطفلية للمرض ، ولكنه يوجد عادة فى خلايا الفاجوسيت فى الطحال والكبد والغدد الليمفاوية ونخاع العظم . وفى مرض التحول اللونى لكرات الدم البيضاء نتيجة لسوء التغذية يتجمع السلفاتيدز فى المادة البيضاء فى الجهاز العصبى كما يتجمع فى الكبد والطحال والكليتين .

ومن بين هذه الانواع من التخلف العقلى تعتبر الصورة الطفلية من مرض تاى زاخ أكثر شيوعا ، حيث ينتقل المرض عن طريق جين متنحى . وعلى ذلك فعلى الرغم من أن الوالدين قد يبدوان أصحاء ، فهناك

احتمال من ان ينتاب هذا المرض طفلا من كل اربعة اطفال اذا كان كل من الوالدين حاملا للجين . وعند الميلاد يبدو الطفل سويا ، ولكن نموه يضطرب خلال السنة الاولى ، فيصبح متبلدا ويبدو فى حالة من الضعف العقلى ، فلا يستطيع رفع راسه بثبات ، وتضعف قدرته على قبض الاشياء . كما يوجد تدهور فى الابصار . ومسار المرض سىء حيث يموت الطفل فى فترة ما بين سنة وثلاث سنوات . وفى الصورة الطفلية المتأخرة من المرض يظهر المرض فى السنة الثانية او الثالثة .

والتغيرات المرضية التى تحدث فى الجهاز العصبى ، توجد فى المخ والنخاع الشوكى والجهاز السمبثاوى . فنلاحظ انتفاخ وتدهور العقد العصبية فغالبا ما توجد فراغات فى السيتوبلازم وبعضها يكون متعفنا.

وفى مرض نيمان بيك ، ينتقل المرض عن طريق جين متنح ، وتظهر اعراضه عندما يبلغ الطفل الشهر السادس من العمر . وتكون حالة الطفل متدهورة فيموت مع بلوغ الثلاث سنوات من العمر . وكبر البطن لتضخم الطحال والكبد ، يسبق التدهور العقلى ، ويصاحبه علامات عصبية كالتقلص واضطراب الحركات والارتعاش والتشنجات ، وقد يوجد كرات دم بيضاء ذات فجوات فى دم بعض المرضى الذين يعالجون من المرض . والصورة الاكلينيكية للصورة الطفلية من مرض جاوشر تشبه الى حد كبير الصورة الاكلينيكية لمرض نيمان بيك . ويكون مسار المرض سريع التدهور . ويمكن أن يقوم التشخيص على سحب عينة من نخاع العظم حيث يرتفع غالبا انزيم الفوسفاتيز الحمضى بالبلازما .

وفى مرض التحول اللونى لكرات الدم البيضاء نتيجة لسوء التغذية، يكون نمو الطفل سويا أثناء السنة الاولى أو السنتين الاوليين ، ثم يفقد بعد ذلك توافقه الحركى وينتابه الضعف العضلى ، ويحدث تدهور فى

وظائف المخ مع قصور عصبى وعقلى يؤدى الى الموت فيما بين الثلاث والست سنوات من العمر .

ويقوم علاج التخلف العقلى بسبب اضطراب التمثيل الغذائى للدهون فقط على التمريض ورعاية الصحة العامة .

تخلف عقلى نتيجة اضطراب التمثيل الغذائى للبروتينات :

لقد اكتشف أن هناك عددا من اضطرابات التمثيل الغذائى للأحماض الامينية تؤدى الى التخلف العقلى . وتنتقل هذه الاضطرابات كلها من خلال جين متنح ومع أن هذه الحالات تكون نادرة ، الا أن تشخيصها المبكر يكون من الاهمية حيث يمكن وقاية المخ من التدهور وما ينتج عنه من تخلف عقلى بوضع برنامج معين للتغذية .

مرض وجود الفنيل كيتون بالبول ، هذا الاضطراب اكثر اضطرابات التمثيل الغذائى للبروتينات شيوعا . والتخلف العقلى الذى يصاحب هذه الحالة يورث عن طريق جين متنح . وعندما يكون كل من الوالدين حاملا للجين فان المرض ينتاب ربع عدد الاطفال ، ويكون نصف عدد الاطفال حاملا له ، كما يكون ربع العدد اصحاء لا يحمل المرض . ويظهر التخلف فى الحركة والنمو العقلى قبل نهاية السنة الاولى ، ويعتقد أن اصابة الجهاز العصبى تحدث خلال السنتين الاوليين من العمر . وعلى الرغم من أن معظم الحالات التى لاتخضع للعلاج تستطيع أن تتعلم المشي ، فان قليلا منها يستطيع الكلام . كما أن نسبة الربع يتعرضون لتشنجات صرعية من النوع الكبير ، كما تشيع رسومات المخ غير السوية . ويكون التخلف العقلى شديدا حيث تنخفض نسبة الذكاء عن ٥٠ عادة ونسبة تقل عن ١٠ فى المائة تظهر ذكاء سويا أو تظهر على

الاقل تخلفا عقليا بسيطا . ويتميز الأطفال عادة بشعر اشقر وعيون زرقاء ، كما يوجد غالبا التهاب فى الجلد . وتتميز قامة الطفل بالقزمية ومقاييس راسه أقل من الحالة السوية ، ويوجد اتساعات بين القواطع . ويصاحب التخلف العقلى واضطراب التمثيل الغذائى اعراض عصبية تعتبر عامة اعراضا للجهاز خارج الهرمى .

وعادة ما يكون وضع المريض فى حالة انثناء مع ثنى الراس والجسم ، ويكون كل من العضلات القابضة والباسطة فى حالة جمود ، كما تكون ردود الفعل الانعكاسية العميقة فى حالة نشاط ، ويظهر كثير من المرضى نشاطا حركيا زائدا كالارتعاش والقفاع . ويبين رسم المخ ان علامات الجهاز خارج الهرمى قد ترجع الى ضمور القشرة المخية فى الفص الجبهى . ويتميز البول برائحة عفنة نفاذة ، ويحتوى على كميات غير عادية من الفنيل الينين ومشتقاته وفنيل بيروفات وفنيل اسيتات .

ويمكن الكشف بسهولة عن حامض فنيل بيروفيك فى البول باضافة بضع نقط من كلوريد الحديديك الى عينة محمضة من البول حيث يظهر لون أخضر غامق فى حالة وجود حامض فنيل بيروفيك . وقد تؤدى حالات ومواد اخرى الى نتائج موجبة خاطئة ، ولهذا السبب يجب فحص نسبة الحامض فى مصل الدم . فحامض فنيل الينين الامينى يوجد بكميات متزايدة فى الدم والسائل النخاعى والعرق ، وبينما تصل نسبة الحامض فى الدم ما بين ٣٠ الى ٥٠ مليجرام فى كل ١٠٠ مليلتر خلال يوم بعد الميلاد ، فان افراز الحامض الامينى ومشتقاته فى البول يحدث بعد الاسبوع الاول من الميلاد .

ومن المعروف الآن أن عددا كبيرا من الاطفال الذين يظهرون ارتفاعا فى نسبة الفنيل الينين فى الدم لايعانون من هـذا المرض . وعلى ذلك فاجراء تشخيص دقيق فى الاسابيع الاولى من حياة الطفل يتطلب الحصول على نتيجة موجبة من اختبار كل من الدم والبول . ويجب ان يفحص بول كل الأطفال بسبب هذه الحالة فيما بين الاسبوع الثالث والتاسع . وجدير بالذكر أن نسبة قليلة من الاطفال الأسوياء تظهر ارتفاعا فى نسبة الفنيل الينين اثناء الأسابيع الست الأولى من عمر الطفل .

ومن المعروف الآن أيضا ان الاضطراب ينتج عن عدم تحويل الفنيل الينين الى تيروسين بسبب نقص الانزيم الذى يساعد على تحليل الفنيل الينين . وعلى ذلك يتجمع الحامض الذى لم يحدث له تمثيل فى سائل الجسم حيث يفرز مع كميات كبيرة من مشتقاته فى البول . ومازال الميكانيزم الذى يؤدى به اضطراب التمثيل الغذائى للبروتين الى قصور نمو القشرة المخية غير معروف .

وتشمل التغيرات الباثولجية صغر حجم المخ ، وقصور فى الغلاف النخاعى ، وفى حالة الذين يموتون فى سن متأخرة يظهر المخ تغيرات فى القشرة المخية والعقد القاعدية . كما يوجد قصور فى الغلاف النخاعى للجهاز العصبى . ويقوم العلاج على غذاء يتضمن نسبة محدودة من الفنيل الينين ويحد من اصابة القشرة المخية ، وخاصة اذا بدأ العلاج قبل أن يبلغ الطفل الشهر الخامس عشر . ويوجد الآن كازين خالى من الفنيل الينين ولكن به أحماض أمينية اضافية وأملاح معدنية وكولين . ويعطى بنسبة ٢ الى ٥ر٢ لكل كيلوجرام من وزن الجسم مع الدهون والكربوهيدرات لمواجهة حاجة الطفل من السعرات الحرارية .

ويجب ان تبقى نسبة الفنيل الينين فى دم الطفل اقل من ١٠ مليجرام لكل ١٠٠ سم٣ اثناء السنة الاولى من عمره . وجدير بالذكر انه لايوجد مدى محدد لاستمرار هذا النوع من التغذية للوصول الى نضج تام فى القشرة المخية . وهناك اضطراب فى التمثيل الغذائى للحامض الأمينى ينتقل عن طريق الوراثة ويتميز برائحة البول التى تشبه رائحة عصير خشب الاسفندان . ففى خلال الاسبوع الاول من عمر الطفل ، يبدو الطفل متقلصا ويفقد رد الفعل مورو الانعكاسي وينتابه تدهور فى القشرة المخية ويموت فى خلال بضعة اشهر . ويظهر فحص البول زيادة افراز الاحماض الأمينية ذات السلسلة المتفرعة . اليوسين والأيزوليوسين والفالين وكذلك المثيونين ولكن حامض السستين وغيره من الاحماض الأمينية تنخفض كثيرا . وفى هذا المرض يتم تحول حامض المثيونين والاحماض الأمينية ذات السلسلة المتفرعة الى احماض كيتونية ، ولكن التحول لايستمر بعد ذلك فتتراكم هذه الاحماض الكيتونية فى الدم نتيجة لعدم وجود الانزيم الذى يساعد فى عملية التحليل . كما يبدو ايضا وجود اضطراب فى التمثيل الغذائى لحامض التريبتوفان . والدراسات العلاجية على انخفاض هذه الاحماض فى الغذاء تدل على نتائج طيبة .

وهناك احماض أمينية اخرى توجد فى بول بعض حالات التخلف العقلى كحامض السستوثيونين والانجينوسكسين والسيترولين والهستيدين .وتقوم الوراثة بدور فى هذه الحالات ، ويحتمل ان يتم هذا عن طريق جينات متنحية . ومرض هارتنب يتميز بوجود الأحماض الأمينية عامة فى البول ويصاحبه طفح يشبه البلاجرا وغالبا تخلف عقلى . وفى بعض الحالات يكون التخلف العقلى بسيطا ولكن يعانى المريض من اضطرابات فى الشخصية والتهاب فى الجلد .

تخلف عقلى نتيجة اضطراب التمثيل الغـذائى للكربوهيدرات :
مرض وجود سـكر الجلاكتوز فى الـدم ، وجـود سكر الجلاكتوز فى الدم يرجع الى اضـطراب معين فى التمثيل الغذائى للكربوهيدرات ، ويورث كسمة منتحية ويسبب اضطراب فى النضج والنمو ويؤدى الى التخلف العقلى ما لم نتعرف مبكرا عليه ويعالج جيدا . ويبدو أن وجود سكر الجلاكتوز فى الدم يدل على توقف تكوين الانزيم الذى يعمل على تحويل الجلاكتوز مما يؤدى الى تجمع فوسفات الجلاكتوز فى الخلايا . ويتوقف اثر وجود السكر فى الدم على كمية ومدى استهلاك الجلاكتوز ، ويزول هذا الاثر بازالة هذه المادة من الغذاء .

والطفل الذى يولد مع وجود سكر الجلاكتوز فى الدم . يبـدو سويا لعدة ايام ولكنه يظهر بعد ذلك صعوبة فى الرضاعة . وقيئا ، وقد ينتابه الاسـهال . واذا استمرت تغذية الطفل باللبن ، فقـد تنتابه الصفراء وانتفـاخ فى البطن بسبب الاسـتسقاء وتضخم الكبد والميـاه البيضاء فى عدسة العين وتظهر اعراض التخلف العقلى فى تأخر الوقوف والمشي والكلام .

ويمكن تشخيص الحالة بعد الميلاد مباشرة بملاحظة الجلاكتوز فى خلايا كرات الدم الحمراء ، واذا استبعد اللبن من تغذية الطفل وأعطى فول الصويا أو الكازين بدلا منه فان الأعراض تزول . والتشخيص المبكر مع العلاج الصحيح قد يقى من الاصابة المستديمة للقشرة المخية .

وقـد يصاحب التخلف العقلى تحول الجلوكوز الى الجليكوجين حيث يتجمع الجليكوجـين فى أعضاء الجسم المختلفة واحيانا فى المـخ . والانخفاض العرضى لنسبة السكر فى الدم مع التخلف العقلى المتأخر قد

يحــدث لدى الأطفال الذين تعانى امهاتهم من انخفاض نسبة الســكر فى الــدم .

الجارجويلزم او مرض هورلر ، يحتمل ان يرجع هذا المرض الى اضطراب انزيمى عام بسبب ترسيب المادة متعددة السكاكر اللزجة فى معظم اعضاء الجسم والنسيج الضام فى الجسم . ويقــال أن مـــادة الجانجليوزيد تترسب فى نيرونات المخ .

وعند الميلاد تكون راس الطفل كبيرة ، وحركة المفاصل محدودة ، وفيما بعد تبدو القرنية معتمة . وفى سن ثلاثة اشهر تظهر اشعة اكس تشوهــات فىالفقرة القطنية العليا وفى العظام المستطيلة ، كمـا يتضح تحـــدب الظهر . وتظهـــر الخصائص المميزة فى بروز الجبهة والأنف الأفطس وكثافة الحواجب والملامح الغليظة والثنية العميقة بين الشفاه الغليظة والذقن . وتوجد اجسام غريبة فى كرات الدم البيضاء وزيادة افراز المادة متعددة السكاكر اللزجة والأحماض الأمينية فى البــول . وفيما بعد تأخذ الفقرات فى التشقق وتشوه اليدين والردفين والركبتين ويتضخم الكبد والطحـــال ويموت معظم الأطفال فيمـــا بين العاشرة والعشرين سنة من العمر . ولا يعرف لهذا المرض علاج .

تخلف عقلى نتيجة قلة افراز الثوركسين ، الكريتينزم :

هذه الحالة سواء وراثية او مكتسبة ، قد تؤدى الى تخلف النمو العقلى . واحيانا نلاحظ هذه الحالة عند الميلاد ولكنها لا تتضح عادة الا بعد عدة أشهر عندما تلاحظ أن الطفل لا ينمو فى طوله . وتكون انسجة تحت الجلد ســـميكة حتى أن الملامح تبدو غليظة والجلد جافا وباردا ويبدو الطفل غبيا ومنتفخا ويبرز اللسان وتكون الشفتان سميكتين .

وقد تكون الجبهة مجعدة والشعر خفيفا ويوجد غالبا انتفاخ فى البطن ، مع فتق سرى وبطء فى النبض وعلامات عصبية كاضطراب الحركات وجمود وبطء فى ردود الافعال ومعدل التمثيل الغذائى الذى يختلف ما بين ٢٠ الى ٥٠ ، وقيمة اليود المرتبطة بالبروتين التى تتراوح ما بين ٤ الى ٨ وحدة لكل ١٠٠ سم٣ ، اقل كثيرا مما يوجد فى الحالات السوية. كما يلاحظ انخفاض استهلاك اليود المشع . وبعد سن الثانية يرتفع الكولسترول فى الدم كما توضح دراسات اشعة اكس وجود مراكز لتكوين العظام والتحام الكراديس . وفى المناطق التى يشيع فيها تضخم الغدة الدرقية قد يرجع النوع الولادى الى نقص اليود عند الأم . ويتضمن النوع الولادى أيضا تلك الحالات التى تحدد فيها الوراثة نقص الانزيم مما يؤدى الى تخليق الثوركسين بدرجة غير ملائمة . وفى الحالات الأخيرة تبدو الغدة الدرقية سوية فى شكلها ، على الرغم من انها قد تتضخم فيما بعد .

ويتضمن العلاج أحداث حالة مبكرة من تعادل افراز الغدة الدرقية ، كلما أمكن ذلك دون أحداث اضطراب للقلب . وتعتبر خلاصة الغدة الدرقية المجففة ذات فاعلية كالثروكسين والترايودوثروكسين . ويجب تنظيم جرعات هذه العقاقير بدقة لتجنب اضطراب القلب . ويقرر فى حالة الأطفال الصغار جرعة مبدئية يومية ما بين ١٥ الى ٣٠ مليجرام من خلاصة الغدة الدرقية المجففة . وكل أسبوعين أو ثلاثة نزيد هذه الجرعة ١٥ مليجرام . وجرعات من ٤٥ الى ٦٠ ميلجرام يوميا تكون ملائمة لاحداث حالة من تعادل افراز الغدة الدرقية لأعمار أقل من سنة . وفى الأعمار ما بين سنة وثلاث سنوات يحتاج الطفل ما بين ٧٥ الى ١٢٠ مليجرام يوميا . ويحتاج ما بين ١٥٠ الى ١٨٠ مليجرام يوميا فى الأعمار التى تزيد عن ثلاث سنوات . ولقد أوضحت الدراسات أن نصف الذين

يعانون من حالة الكريتينزم الشديدة التى تبدأ قبل الميـــلاد ، والتى تتضح فى الأشهر الأولى من الحياة ، اذا ما عولجوا قبل بلوغ الشـــهر السادس من العمر ، تقترب نسبة ذكائهم من النسبة المتوسطة للذكاء وان أقل من خمس عدد أفراد المجموعة قد يواصل تخلفا عقليا بدرجـة متوسطة .

والتأخر فى بدء العلاج أقل خطـورة فى الحـالات التى ينشأ فيها التخلف خلسة ولا يتضح اكلينيكيا الا بعد أن يبلغ الطفل عامه الاول . وتظهر النتائج الباثولوجية العصبية نقصـا فى عدد الخلايا فى القشرة ، وعدم تغليف فى الالياف العصبية وتأخر فى نضح المسارات العصـــبية والنيرونات . كما يظهر رسام المخ مدى منخفضا للموجات ، وارتفاعـا بطيئا لموجات الفا ، وتزول هذه الاعراض بالعلاج .

تخلف عقلى نتيجة نقص البريدوكسين :

نقص البريد وكسين اضطراب من الاضطرابات الوراثية ، يرتبط عدم علاجه بالتخلف العقلى وتقلص العضلات . والأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب يكونون فى حاجة شديدة للبريدوكسين . وينتـاب الطفل فى الأسبوع الأول من عمره التشنجات . واعطاء الطفـــل ١٠٠ مليجرام من البريدوكسين فى الوريد يوقف هـــذه التشجات ويحسن الصـورة الاكلينيكية لرسام المخ . واعطاء الطفل ١٠ مليجـرام من البريدوكسين يوميا ، بعد ذلك يزيل عنه الأعراض .

تخلف عقلى نتيجة الاورام :

التصلب الدرنى ، هذه الصورة الاكلينيكية من التخلف العقـلى تعرف أحيانا بالابيلويا وتتميز بالصرع والتخلف العقلى وطفـح جلدى

محبب يشبه أورام الغدد الدهنية ولكنه يتكون فى الحقيقة من زيادة فى النسيج الضام والاوعية الدموية . وينشأ المرض من تشوهات بلاستوميه ولادية تشمل الجهاز العصبى الاكتودرمى . ويظهر المخ اضـطرابات منتشرة فى التكوين الخلوى واورام موضعية بالنسيج العصبى . وينتقل المرض عن طريق جين سائد .

تخلف عقلى نتيجة الاضطراب الكروموسومى :

المنجولية : يعرف هذا النوع من التخلف العقلى أيضا بمجموعة اعراض داون . ويتميز التخلف المنجولى بقصر القامة وصغر الجمجمة واستدارتها مع تفلطح المنطقة القذالة والوجه ، ويكون الشعر قليلا وخشنا والفتحة الجفنية ضيقة ومائلة مع انخفاض الطرف الداخلى عن الطرف الخارجى ، وامتداد ثنية من الجلد من الجفن العلوى على الزاوية الداخلية . ويكون اللسان كبيرا وبه شقوق مع تضخم حلماته وغالبا ما يكون ممتدا ويكون قصيرا وعريضا وافطس واليدان قصيرتين غليظتين . كما يكون الأصبع الخامس قصيرا وغالبا ما يكون منحنيا . وتكون اربطة المفاصل فى حالة استرخاء مع انخفاض توتر العضلات مما يعطى المفاصل حركة غير عادية . وغالبا ما يكون سقف الفم مشـوها والبطن كبيرة والاعضاء التناسلية غير نامية . وتتميز بصمة راحة اليد والاصابع بتجعيد واحد غالبا حيث يحل هذا التجعيد محل التجعيدين الرئيسيين اللتين تمران براحة اليد . كما يعانى عشر عدد المرضي من عجز ولادى فى القلب . واستعداد المنجولى الجيد للتقليد غالبا ما يخفى فى بادىء الأمـر تخلفه العقلى . وتتراوح نسبة ذكاء المنجولين ما بين ١٥ و ٤٠ بحد اقصي ٥٠ . ويميل المـخ لأن يحتفظ بنمط تلافيفـه الجنينية ، مع مخيخ وجذع مخ صغيرين نسبيا . والخلايا العقديـة فى

الطبقة القشرية الثالثة ، تكون متباعدة وغير منتظمة الانتشار ، ويذكر ان هناك تغيرات شاذة فى الغدة النخامية والدرقية . كما ان الجهاز القلبى والشريانى لم ينم نموا كاملا .

ولقد اظهرت دراسات الخلية أن الخلايا الجسمية للمنجولى تحتوى على ٤٧ كروموسوم بدلا من ٤٦ كروموسوم نتيجة لثلاثية كروموسوم ٢١ . ولكن هناك حالات تحتوى الخلية الجسمية فيها على ٤٦ كروموسوم ولكن يوجد مزيد من المادة الموروثة على الكروموسوم ٢١، أو غيره من الكروموسومات ، عادة الكروموسوم ١٥ او ٢٢ نتيجة لانتقال المادة الموروثة . وفى هذه الصورة الاخيرة من المنجولية نلاحظ انه فى ربع عدد الحالات تقريبا ، يحمل احد الوالدين الأم عادة ، انتقال المادة المورثة . حيث تحتوى الخلية الجسمية للأم على ٤٥ كروموسوم فقط ، ولكن احد الكروموسومات يحمل مزيدا من المادة المورثة التى توجد عادة فى كروموسومين فى الحالات السوية .

والتعرض للاشعاعات وردود فعل المناعة الذاتية والقصور فى الدورة الدموية فى المبيض قد تؤدى الى هذه الاضطرابات الكروموسومية . ويمكن التأكد من التشخيص بعد الميلاد ببضعة أيام عن طريق مزرعة انسجة لكرات الدم البيضاء وعد الكروموسومات . وعلى اية حال لا يوجد علاج معين لهذه الحالات .

مجموعة اعراض كلينفلتر : توجد هذه الحالة فى الذكور فقط ، وينتاب التخلف العقلى ربع الذين يعانون منها تقريبا . وهذه الحالة ترتبط باضطراب فى الكروموسومات الجنسية . والأشخاص الذين يعانون من هذا الاضطراب يتميزون بطول القامة والنحافة مع كبر

الثديين وصغر الخصيتين وضعف الدافع الجنسى . وبالاضافة الى التخلف العقلى الذى يعانى منه هؤلاء الأشخاص فانهم قد يعانون من اضطرابات فى الشخصية كالفصام واضطرابات الشخصية اللا اجتماعية. واكثر قليلا من نصف الحالات تحتوى خلاياها على ٤٧ كروموسوم ، حيث تحتوى الخلية على س س ص بدلا من كروموسومى الجنس س ص اللذين يوجدان فى الحالات السوية . ولقد لوحظ فى بعض الحالات س س س ص أو س س س س ص من الكروموسوماتالجنسية . وفى اقل من نصف الحالات يوجد نوعان من الخلايا نتيجة لعدم الفصل الذى يجب ان يحدث فى عملية الانقسام غير المباشر لكروموسومات الخلية بعد التلقيح .

مجموعة اعراض ترنر : هذه الحالة التى تنتاب الاناث والتى ترجع ايضا الى عدم الفصل الذى قد يحدث فى عملية انقسامالكروموسومات، يوجد كروموسوم س واحد مع عدم وجود كروموسوم ص . وينقص هؤلاء الاناث الخصائص الجنسية الثانوية ويظهرن بالاضافة الىالتخلف العقلى تشوهات ولادية أخرى كقصر القامة وغشاء زائد بالرقبةوالصمم وتشوه فى الأورطى .

تخلف عقلى نتيجة عوامل غير معروفة فى مرحلة قبل الميلاد :

هناك حالات من التخلف العقلى لا تعرف لها أسباب محددة ولكنها ترتبط بتشوهات فى الجمجمة والقشرة المخية . ومن بين الأشخاص المتخلفين عقليا الذين يظهرون خصائص مميزةفىالجمجمة ، أو فىالتكوين الجسمي العام ، او فى تكوين المخ ، الأشخاص الذين يعانون من صغر حجم الراس حيث لايزيد محيط الراس عند اكتمال نموه عن١٧بوصة. ولا يتميز هؤلاء الاشخاص بصغر حجم الرأس فقط ولكنهم يتميزون

ايضا بتشوه شكله ، حيث تتفلطح الجبهة والمنطقة القذالية . ويمتد الشعر السلكى الملمس على الجبهة . كما يزيد جلد الرأس عن مقدار الجلد المطلوب لتغطية الجمجمة حيث تكون هذه الزيادة فى الجلد ثنايا. وتكون الذقن عادة مفلطحة والقامة قصيرة . وكما يجب أن نتوقع من سعة الجمجمة فان مخ الشخص صغير الرأس يكون ناقصا فى نموه بدرجة واضحة .

وعلى الرغم من أن التكوين العقلى للكائن الحى يكون فى معظمه ثابتا الا ان هذا التكوين ينمو بالاستعمال الى حد ما . فلقد وجد انه عند فصلّ التوائم المتحدة بعد الميلاد مباشرة بحيث يتاح لأحدهما فرص تربوية أفضل مما يتاح للآخر فان نسبة ذكاء الاول تزيد عن نسبة ذكاء التوام الذى ينشأ فى بيئة غير جيدة . وحتى اذا لم تنم الاستعدادات العقلية فان الاستعدادات الاجتماعية يمكن أن تتحسن . ويجب ان ان نتذكر أن نمو الشخصية السوية لا يتطلب استعدادات عقلية فقط ولكنه يتطلب ايضا أبعادا انفعالية كالاحساس بالعطف والأمن والاعتراف الاجتماعى وتحقيق الذات

والوقاية أسلوب هام فى مواجهة التخلف العقلى . وتبدأ هذه الوقاية بتحسين المستوى الاجتماعى والاقتصادى ، فالظروف الاجتماعية والاقتصادية السيئة تمنع من خلق البيئة المادية والانفعالية المناسبة للطفل النامى . وتتطلب الوقاية ضرورة الكشف عن ملاءمة دم الوالدين ورعاية الأم أثناء الحمل ومواجهة مشاكل الحمل والولادة والتعرف على الاضطرابات الوراثية فى التمثيل الغذائى وعلاجها. ويقلل أيضا من التخلف العقلى التشخيص السريع وعلاج حالات اصابة الجهاز العصبى المركزى بالأمراض المعدية وحالات الصرع والتسمم وجراحة

الاورام المخية واستسقاء المخ وبؤرات الصرع . كما تتضمن الوقاية ايضا التعرف على الاطفال المعوقين ورعايتهم . وبالنسبة لحالات التخلف العقلى التى لم يتم لها التحسن فيفضل تقديم التعليم والتدريب فى مؤسسات خاصة حيث يقل عدد تلاميذ الفصول ، كما يقوم التعليم على نمو الفرد وتكيفه الاجتماعى . واذا الحق الطفل باحدى المؤسسات فمن الضرورى أن تكون الأسرة على اتصال دائم بالطفل وان يقوم المشرفون على هذه المؤسسات بدور بديل للوالدين ، فيقدمون الدفء فى المعاملة والثبات فيها مما يؤدى الى الاحساس بالأمن . كما يجب أن يجد الطفل فى هذه المؤسسات التعليم والتدريب الذى يناسب استعداداته . ويجب أن ننظر الى تلك المؤسسات على أنها جزء هام من الجهاز التربوى . وهناك الكثير من المتخلفين ممن لا نستطيع اعدادهم للحياة بنجاح فى المجتمع ولكنهم يصبحون مواطنين نافعين داخل المؤسسات حيث الرعاية .

وبعض المتخلفين يتميزون بالنشاط الزائد والعدوان والتخريب ويحدثون كثيرا من الضوضاء . وفى تلك الحالات تفيد عقاقير الفينوثيازين ، فغالبا ما يكون لها أثر مهدىء .

العلاج

يجب ان يقوم العلاج على اساس ان الفرد يعيش فى جماعة وبين الفرد والجماعة تفاعل متبادل . ومن هنا يجب الا يقتصر العلاج على اسلوب واحد ، بل يجب أن تتعدد أساليبه ، على أن تتكامل هذه الأساليب لتتناول العملية العلاجية من ابعادها المختلفة لتحدث تكاملا فى الفرد الذى اضطرب تكاملة .

فقد تزيل العقاقير الأعراض الانفعالية ولكنها لا تغير من الضغوط البيئيـة أو من تكوين شخصية الفرد التى تؤدى الى تلك الأعراض . فمرض الفصام بما يتضمنه من تغيير فى التفكير والاحساسات والارتباط بالبيئة قد يستجيب للعلاج بالكلوربرومازين ولكن الميكانيزم الباثولوجى للمرض يبقى دون تاثير . كما أن قلق المريض العصابى قد يتأثر باستخدام الكلوردايزبوكسيد مع بقاء الاستعداد للقلق العصابى .

وبهذا يرى المعالجون أن الأساليب الجسمية تكمل غيرها من أساليب العلاج ، فاذا لم تحل الصراعات الكامنة وراء الاغراض فان فائدة ازالة الاعراض باستخدام الأساليب الجسمية تكون قليلة . على أن بعض المهتمين بالعلاج النفسى يرى أن الاساليب الجسمية بما تحدثه من خفض التوتر النفسى ، تقلل من دافع الفرد للعلاج النفسى وعلى ذلك تحرمه من فرصة تنمية شخصيته . وهذا الجدل يصدق بعض الشيء على الحالات العصابية أكثر من الحالات الذهانية .

وبهذه يجب ان نكون على وعى بحدود فاعلية الأساليب الجسمية فى علاج الاضطرابات النفسية والتى يجب أن تستخدم ضمن برنامج شامل للعلاج .

وسنتناول هنا أساليب مختلفة جسمية ونفسية للعلاج مع توضيح الأسس التى تقوم عليها وكيفية استخدامها ومدى فاعليتها .

اساليب العلاج الجسمى

العقاقير النفسية

يمكن تقسيم العقاقير النفسية تبعا لأسس مختلفة ، غير أن التركيب الكيميائى اكثر هذه الأسس دقة ، ولكن هذا التقسيم لايناسب الممارسة الاكلينيكية حيث أن المواد المتشابهة فى التركيب الكيميائى يمكن ان تختلف فى مفعولها تماما .

والأساس العملى للتقسيم يمكن ان يقوم على اسس اكلينيكية لتحديد المواد فى مجموعات رئيسية ، ثم تقسيم هذه المجموعات الرئيسية على اساس التركيب الكيميائى وعلى هذا فالعقاقير النفسية يمكن تقسيمها الى :

١ — المهدئات ، عقاقير تحدث تهدئة واضطرابا للحركات الارادية وتؤدى الى التخدير .

٢ — المهدئات الكبيرة ، عقاقير تحدث تهدئة لاتصل الى التخدير ، ولها مفعول مضاد الذهان .

٣ — المهدئات الصغيرة ، عقاقير تحدث تهدئة لا تصل الى التحدير ، ولكن ليس لها مفعول مضاد للذهان .

٤ — العقاقير المضادة للاكتئاب ، وتنقسم الى :

أ — عقاقير الترايسيكليك ، عقاقير مضادة للاكتئاب تعمل على تنشيط الحالة المزاجية .

ب — عقاقير كافة للمونوامين‌اكسيديز ، عقاقير مضادة للاكتئاب لها مفعول يزيل الكف .

٥ ـ العقاقير المنشطة ، عقاقير تزيد من النشاط وتوقف النوم والجوع.
٦ ـ عقاقير السيكولبتكس ، عقاقير تحدث حالة من الاضطرابات الذهانية .

وسيقتصر تناولنا للعقاقير النفسية على العقاقير التى لها تأثير على العملية الباثولوجية للاضطراب النفسي ، وذلك لفاعليتها العلاجية .

المهدئات الكبيرة

تعرف هذه العقاقير ايضا بالنيرولبتكس او العقاقير المضادة للذهان ، ويمكن تقسيمها كيميائيا الى :

أ ـ مشتقات الفينوثيازين .
ب ـ مشتقات الثيوكسانثين
جـ ـ مشتقات الدايبنزوثيازيبين
د ـ مشتقات البتروفينون
هـ ـ الروالفيا الكالويدز

والأثر المهدىء للمهدئات الكبيرة يختلف عن الأثر المهدىء للمهدئات، حيث لا يكون لها مفعول تخديرى ، كما لا يكون لها مفعول واضح على مراكز التنفس . وهذه العقاقير لا تحدث توقفا فى وظائف الجهاز العصبى المركزى وانما تخفض من شدتها . فيلاحظ فى حيوانات التجارب انخفاضا فى النشاط التلقائى وكفا للعدوان وفقدان التهيب وكف الأفعال المنعكسة الشرطية . وتزيد المهدئات الكبيرة من شدة المفعول المنوم للكحول والباربيتيوراتس وقلويدات الاوبيم ، كما انها تضاد المفعول المنشط للامفيتامينز .

وبعض عقاقير المهدئات الكبيرة تزيد من سرعة حدوث التشنجات حيث تخفض من العتبة الفارقة لحدوثها . كما أن للمهدئات الكبيرة مفعولا أدرينوليتك على الجهاز العصبى الأتونومى ، فتؤثر على ضغط الدم واعضاء الجسم .

وتتميز المهدئات الكبيرة اكلينيكيا بأنها تحدث انخفاضا فى النشاط النفسي الحركى وتبلدا انفعاليا . ويصفها البعض بأنها عقاقير تخفض النشاط النفسي والتوتر دون أن تحدث تخديرا عندما تعطى بجرعات كبيرة . ويذكر البعض انها تعمل على كف الدوافع دون تعويق للشعور مع عدم المبالاة بالبيئة ، كما تعمل على انخفاض النشاط النفسى الحركى .

وبعد تقسيم المهدئات الكبيرة تبعا لتركيبها الكيميائى ، يمكن تقسيمها تبعا لمفعولها الاكلينيكى . فهناك المهدئات الكبيرة التى لها مفعول تنويمى ، واخرى ليس لها هذا المفعول . وعلى ذلك فعند علاج المريض الذى يعانى من حالة استثارة حادة ، يفضل المهدئات الكبيرة ذات المفعول التنويمى . ولكن هذا المفعول التنويمى يقل فى شدته مع استمرار تعاطى العقار .

وتبين نتائج الدراسات أن المهدئات الكبيرة التى تتميز بمفعول مهدىء وتنويمى شديد ، تفيد كثيرا فى علاج أنواع الاستثارة المختلفة ، بينما تفيد المهدئات الكبيرة التى تتميز بمفعول مهدىء بسيط مع مفعول شديد على الهذاءات والهلاوس واضطراب الفكر فى علاج الذهان المزمن .

ومن الواضح أن العلاج الطويل المدى يتطلب الا تعوق التهدئة تأهيل المريض عن طريق العمل والعلاج المهنى ، والا تعوقه هذه التهدئه

عن معاودة عمله . ولما كان المفعول التنويمى الذى تحدثه بعض المهدئات الكبيرة تقل شدته مع استمرار تعاطى هذه العقاقير ، فانه يمكن استخدام هذه العقاقير ذات المفعول الكاف الشديد ، فى العلاج الطويل المدى وخاصة اذا اعطيت الجرعة الرئيسية فى المساء . الامر الذى لايشكو معه المريض من التعب أثناء النهار ، كما انه لايحتاج الى منومات حيث ان حالات الذهان المزمنة غالبا ما تعانى من اضطراب شديد فى النوم .

ويوجد الآن عقاقير من المهدئات الكبيرة تستخدم فى العلاج الطويل المدى لبعض الحالات عن طريق حقنة واحدة كل ثلاثة أسابيع . وهذه المستحضرات لها قيمة خاصة للمرضى الذين لايعتمد عليهم عندما يتطلب العلاج تعاطى العقاقير بانتظام .

وتوضح العلاقة بين الخصائص الاكلينيكية للمهدئات الكبيرة وتركيبها الكيميائى أن مشتقات الفينوثيازين ذات السلسلة الجانبية دايميثيل امينو القلوية الدهنية ذات مفعول كاف للنشاط النفسى الحركى مع مفعول تنويمى . بينما المشتقات ذات السلسلة الجانبية من حلقة البيرازين يكون لها مفعول تنويمى بسيط ، ولكنها ذات مفعول شديد مضاد للذهان . والزيزيربين له أيضا مفعول تنويمى بينما تختلف كل من مشتقات الثيوكسانثين والبتروفينون فى هذه الخصائص الاكلينيكية .

ومن ناحية الاعراض الجسمية التى تحدثها المهدئات الكبيرة نجد أن المهدئات ذات المفعول التنويمى ، تحدث أعراضا أوتونومية كزيادة سرعة دقات القلب ، وانخفاض ضغط الدم فى وضع الوقوف والعرق . وبعد فترة طويلة من الاستخدام يظهر الارتعاش والباركينسونيزم . والعقاقير التى لايكون لها مفعول تنويمى ، ولكنها ذات مفعول مضاد

للذهان ، تحدث مضاعفات اوتونومية اقل مما تحدثه من تقلصات فى العين والفم واللسان والقصبة الهوائية والتى ترجع الى تأثير الجهاز الهرمى الخارجى وخاصة اذا كانت الجرعة المبدئية كبيرة . وغالبا ما تظهر هذه الأعراض فى الأيام الأولى من العلاج . وقد تمتد هذه التقلصات الى عضلات الظهر والعضلات الطويلة فى الأطراف .

وهناك عقاقير من المهدئات الكبيرة تعمل على عدم كف النشاط النفسي الحركى والانفعالى عندما تعطى بجرعات صغيرة لحالات الفصام المزمنة ولكنها تعمل على كف النشاط النفسى الحركى عندما تعطى بجرعات كبيرة ، على الرغم من ان هذه العقاقير ليس لها مفعول تنويمى .

ويمكن اذن ان نذهب الى القول بأن استخدام المهدئات الكبيرة يجب ان يتباين . فالعقاقير التى لايكون لها مفعول تنويمى ، ولكنها ذات مفعول مضاد للذهان تستخدم أساسا فى علاج الاضطرابات الذهانية الفصامية ، وتستخدم بجرعات صغيرة جدا فيما تستخدم فيه المهدئات الصغيرة . اما العقاقير ذات المفعول التنويمى والكاف للنشاط النفسي والحركى ، فانها تفيد فى علاج معظم حالات الاستثارة والقلق والتوتر الانفعالى .

ومجال استخدام المهدئات الكبيرة عندما يتطلب الامر اساسا سرعة الاستخدام ، مازال لحالات الاستثارة الشديدة ، سواء الذهانية أو غير الذهانية . بينما الاستخدام الطويل المدى عندما يستمر تعاطيها لسنوات ، يكون أساسا لحالات الذهان الفصامية .

وفى حالات الاكتئاب تستخدم المهدئات الكبيرة أساسا لازالة القلق وخفض محاولات الانتحار ، ولكنها تستخدم أيضا بديلا عن المنومات لما لها من مفعول تنويمى . كما تستخدم المهدئات الكبيرة بجرعات صغيرة

فى حالات الاستثارة والقلق والتوتر التفاعلية ، وكذلك فى علاج الاضطرابات النفسجسمية والتوتر الانفعالى المصاحبة للامراض الجسمية .

وعلى الرغم من عدم وجود فروق واضحة بين فاعلية عقاقير المهدئات الكبيرة فى العلاج الا أن الملاحظة تدل على ان المرضي الذين لايستجيبون لأحد العقاقير قد يستجيبون لعقار آخر . ويجب أن يحدد الطبيب الجرعة المناسبة من العقار ، وان يتيح الوقت المناسب لاحداث مفعوله فى سلوك المريض . واذا لم يحدث العقار تأثيره بعد فترة من الزمن تتراوح ما بين بضعة أيام فى حالة الاضطراب الشديد الحاد ، وبضعة أسابيع فى الحالات الاقل حدة ، فعلى الطبيب أن يحاول استخدام عقار آخر .

ويستجيب المرضى لعقار ما بجرعات مختلفة ، وعلى ذلك لا توجد جرعات معينة محددة من اى عقار ، ولكن هناك مدى أمثل من الجرعات يستجيب له عدد كبير من المرضي . والمدى بين الجرعة الفعالة والجرعة السامة ، مدى كبير ، وعلى ذلك فيمكن للطبيب أن يزيد من الجرعة دون خوف اذا كانت هناك ضرورة علاجية لذلك . ولأنه لايوجد جرعة مقننة فان الجرعة الصحيحة لأى مريض يجب أن تتحدد بالخبرة .

وتختلف جرعات العقار كثيرا تبعا للحالة ، فاذا كان المريض فى حالة استثارة أو انعزالية شديدة ، فانه يعطى العقار عن طريق العضل مع زيادة الجرعة سريعا حيث تصل الى ١٢٠٠ مليجرام يوميا من الكلوربرومازين او من ٣٠ الى ٦٠ ميلجرام يوميا من الهالوبريدول لمدة يومين أو ثلاثة أيام . ونقلل من الجرعة فقط بعد أن تقل استثارة المريض أو انعزاليته .

ولقد دلت النتائج على أن المرضى صغار السن الذين يعانون من الحالات الحادة يستجيبون للجرعات الكبيرة حيث تصل الجرعة الى ٢٠٠٠ مليجرام من الكلوربرومازين يوميا ، بينما لايستفيد المريض الفصامى المتقدم فى السن الذى يعانى من حالة مزمنة . ويجب انندرك ان مقدار الجرعة يتحدد احيانا بالمضاعفات الجانبية التى تتطلب الانتقال الى عقار آخر . وعندما يظهر المريض اقصى حد من التحسن مع استمرار هذا التحسن فيجب التقليل من الجرعة حتى تصل الى الجرعة التى يستمر بها العلاج . ومن الطبيعى انه عند عودة الاعراض فان الجرعة تزاد مرة اخرى . وللوقاية يمكن ايضا زيادة الجرعة قليلا عندمايتعرض المريض للضغط ، كالعمل فى وظيفة جديدة أو مغادرة المستشفى والعودة الى المنزل . وتوضح الدراسات ان معاودة الاضطراب أمر يصعب التنبؤ بوقت حدوثه ، واستمرار العلاج يقلل بوضوح من خطر معاودة الاضطراب .

وعلى اية حال ، بينما يعاود الاضطراب ٥٠ فى المائة من المرضي متوسطى الاضطراب ، فى خلال ستة أشهر من التوقف عن تعاطى العقار ، فان ٥٠ فى المائة من المرضى لايعاودهم الاضطراب . وتقرير استمرار المريض فى تعاطى العقاقير يجب أن يقوم على أساس معرفة ما يعانى المريض منه من اضطراب وموقف حياته عامة ، وعلى حساسية الطبيب الاكلينيكية . كما أن تاريخ من معاودة الاضطراب بعد التوقف عن تعاطى العقاقير ، يتطلب فترة أطول من استمرار تعاطى العقاقير .

المضاعفات : تحدث المهدئات الكبيرة عند استخدامها عددا من المضاعفات تتضح من تأثير هذه العقاقير فى الجهاز العصبى المركزى والجهاز العصبى الاتونومى والجهاز الهرمى الخارجى وفى الغدد الصماء

والعين والجلد وفى الحساسية لهذه العقاقير . فعقاقير المهدئات الكبيرة تؤثر على الجهاز العصبى المركزى فتخفض من العتبة الغارقة للنوبات القشرية . ولكن هذه النوبات نادرا ما تنتاب المرضى الذين يتعاطون هذه العقاقير ، الا اذا كانت الجرعات كبيرة جدا . وعندما تحدث هذه النوبات فانها تكون قليلة . ومع هذا فاذا تعرض المريض الذى يتعاطى احد عقاقير المهدئات الكبيرة لنوبات صرعية ، فيمكن اعطاؤه احد العقاقير المضادة للتشنجات كعقار الديفنيل هيدانتيون . وفى بعض الحالات يمكن تقليل جرعة العقار المهدىء لعلاج مثل هذه النوبات .

وتحدث عقاقير المهدئات الكبيرة تهدئة وخاصة فى الايام الاولى للعلاج . وتختلف هذه العقاقير فيما بينها فيما تحدثه من تهدئة . فالكلوربرومازين والثيوريدازين يحدثان تهدئة بدرجة أكبر مما تحدثه عقاقير الفلوفينازين والترايفلوبرازين والهالوبريدول . غير أن المريض سرعان ما ينمو لديه تحمل لتلك التهدئة وما تحدثه من تثاقل .

ويمكن ان نعالج هذه التهدئة والتثاقل بالانتقال الى عقاقير اقل احداثا للتهدئة او بخفض الجرعة او باعطاء المريض جرعة اليوم كله عند النوم .

كما قد ينتاب المرضى الذين يتعاطون المهدئات الكبيرة ، الأرق والارتباك والأحلام الشاذة واضطراب النشاط الحركى والجولان النومى وزيادة شدة الاعراض الفصامية . وبعض هذه المضاعفات ترتبط بالجرعة . وعلى ذلك قد تعالج بتغيير الجرعة او تغيير العقاقير اواضافة او حذف عقاقير .

وتؤثر عقاقير المهدئات الكبيرة على الجهاز العصبي الاتونومي فتؤدي الى جفاف الفم والحلق وعدم وضوح الرؤية ، واحمرار الجلدوالامساك واحتباس البول وشلل الامعاء والارتباك واتساع الحدقة وانخفاض ضغط الدم عند الوقوف . وربما يكون جفاف الفم اكثر هذهالمضاعفات حدوثا . وهنا ينصح المريض بمضمضة فمه بالماء دائما او يمكن استخدام البيلوكاربين للتقليل من جفاف الفم . ويحدث غالبا انخفاض ضغط الدم عند وقوف المريض فى الايام الاولى من العلاج وخاصة عندما يعطى المريض جرعات كبيرة عن طريق العضل . وعلى ذلك يجب ان تزداد جرعات العقاقير ببطء شديد مع قياس ضغط الدم عند الوقوف . وينصح احيانا باستخدام عقاقير قابضة للاوعية الدموية .

ويؤدى تأثير عقاقير المهدئات الكبيرة فى الجهاز الهرمى الخارجىالى بطء الحركات الارادية وتثاقل المشى والى الجمود وارتعاش العضلات فى حالة الاسترخاء ، والى الوجه النمطى . كما يؤدى الى حركات شاذة فى الرقبة والوجه واللسان . ويؤدى أيضا الى عدم القدرة على الجلوس المستقر وعدم الاستقرار الحركى والخوف من الجلوس . وعلى الرغم من أن اضطراب النشاط الحركى هذا يمكن أن يختفى تلقائيا فى فترة قصيرة من الزمن الا انه يفضل اعطاء المريض احد العقاقير المضادة للباركينسونيزم ويمكن أن نعالج حالات الاضطراب الحركى الحادة التى لاتستجيب للعقاقير المضادة للباركينسونيزم بالكافين أو الدايزيبام أو المثيل فينيدات .

ويذهب بعض الاطباء الى معارضة اعطاء العقاقير المضادة للباركينسونيزم لكل المرضى الذين يتعاطون عقاقير المهدئات الكبيرة للوقاية ، لاعتقادهم بأن أعراض الجهاز الهرمى الخارجى لاتنتاب معظم

المرضى وأن الجرعات الكبيرة من هذه العقاقير لها مضاعفاتها التى تظهر فى اضطراب الرؤية وجفاف الفم وشلل الامعاء واحتباس البول . وقد ينتاب المرضي فقدان الذاكرة والادراك كما تنتابهم الهلاوس . بينمـــا يفضل البعض الآخر اعطاء العقاقير المضادة للباركينسونيزم للوقاية لان مضاعفات الجهاز الهرمى الخارجى تزعج المريض كثيرا ، وخاصة اذاكان المريض خارج المستشفى . كما يرى هؤلاء الاطباء ان كثيرا من الاعراض الاكلينيكية لمضاعفات الجهاز الهرمى الخارجى من تبلد وتناقل وفقدان الحيوية وقلة القدرة على المشاركة فى الأنشطة الاجتماعيـــة تكون غـــير واضحة وبكون تشخيصها امرا صعبا .

وعلى ذلك لاينصح باستخدام العقاقير المضادة للباركينسونيزم مع المرضى الذين يعالجون داخل المستشفى حيث أن المرضي عادةمايتحملون مضاعفات الجهاز الهرمى الخارجى . وقد يفيد أحيانا استخدام مثـــل هذه العقاقير للوقاية فى حالة المرضي الذين يعالجون خارج المستشفى . وفى تلك الحالات يجب أن نبدأ بحد أدنى للجرعة ونعدل منها كما يتطلب الامر . وبعد عدة أسابيع أو أشهر قد لايحتاج المريض للعقاقير المضادة للباركينسونيزم ويمكن أن نخفض منها تدريجيا . ومضاعفات الجهـــاز الهرمى الخارجى التى تتطلب اهتماما خاصا فى حالة العلاج الطويل المدى تظهر فى اضطراب حركة الفكين واللسان وتجهم الوجه ، وتقلص عضلات الرقبة والظهر ، كما ينتاب الاصابع والرسغ حركات الزفن .

واضطراب الحركات تنتاب خاصة تلك الحالات التى تتعاطى جرعات كبيرة من عقاقير المهدئات الكبيرة لسنوات عديدة . وقد تظهر الاعراض فى اى وقت اثناء العلاج بهذه العقاقير . واذا حدثت اعراض الاضطراب الحركى اثناء تعاطى المريض العقاقير فان هذه الاعراض قد يتكرر حدوثها

او تزداد شدتها بعد عدة ايام او اسابيع من تقليـل الجـرعة او توقف العلاج . فتوقف العلاج يظهر اضطراب الحركات الذى يخفض ماتحدثه عقاقير المهدئات الكبيرة من جمود حركى . وفى بعض الحـالات تختفى الاعراض بعد توقف العلاج ، وفى حالات اخرى تستمر الاعراض طويلا. وليس بالضرورة ان تفيد العقاقير المضـادة للباركينسونيزم فى عـلاج الاضطراب الحركى بل قد تزيد من شدة الاعراض فى بعض الحالات . وقد تفيد العقاقير التى تشبه الريزيربين .

ويتضح تأثير عقاقير المهدئات الكبيرة على الغـدد الصـماء فى افراز اللبن عند الاناث والعنة عند الذكور ، على الرغم من ان العنة ربما ترجع الى تأثير العقاقير على الجهاز العصبى الاوتونومى اكثر من تأثيرها على الغدد الصماء . وعلى اية حال فان هذين المضاعفين نادرا الحـدوث . وقد تؤدى هذه العقاقير ايضا الى تغيير منحنيات السكر فى اتجاهمرض السكر ، وفى حالة الاناث تؤدى الى نتيجة ايجابية خاطئة فى اختبارات الحمل الهرمونية . وعندما ينتاب المرضي تضخم فى الثديينوافراز اللبن فانه يمكن علاج هذا بتغيير العقاقير او تقليل الجرعة .

ولقد اوضحت الدراسـات ان عـددا قليـلا من المرضي يتعـرض لاضطرابات تصيب العين والجلد نتيجة تعاطى هذه العقاقير لفترةطويلة. والتغيرات التى تصيب العين تظهر فى صورة تراسيب حبيبية ذات لون ابيض بنى فى القرنية والعدسة . واحيانا تتلون الملتحمة ايضا بصبغـة بنية . غير ان هـذه الاضطرابات لا يصحبها تدهور فى الشبكية كمـا لايصاحبها اضطراب فى الابصار . وتظهر اضطرابات الجلد فى فقـدان لون مناطق الجلد التى تتعرض مباشرة للشمس . ولان هذه المضاعفات التى تصيب العين والجلد ترتبط بالتعـرض المبـاشر لضـوء الشمس

وبالجرعة الكلية ، فيجب عدم التعرض للشمس ، كما يجب علاج المرضى الذين يحتاجون لمدة طويلة من العلاج بجرعات صغيرة .

وتتضح اضطرابات الحساسية فى الصفراء التى تظهر عادة خلال الثمانية الاسابيع الاولى من العلاج والتى يسبقها عامة عدة أيام من أعراض تشبه أعراض الانفلونزا كالغثيان وارتفاع درجة الحرارة والم البطن والقيء والاسهال . وتختفى هذه الاعراض خلال عدة اسابيع مع معاودة الكبد لوظائفه العادية . وعندما ينتاب المريض الصفراء نتيجة تعاطى أحد العقاقير فمن الضرورى ايقاف اعطاء هذا العقار .

ومن اضطرابات الحساسية أيضا نقص كرات الدم البيضاء الذى يعتبر من أشد مضاعفات هذه العقاقير . وينتاب هذا الاضطراب عادة الاناث المتقدمين فى السن اللائى يعانين من أمراض الجهاز الدموى .

وينشأ المرض فجأة وغالبا ما يحدث خلال الاسابيع الثمانية الاولى من العلاج . ويتميز المرض بارتفاع درجة الحرارة فجأة ، والتهاب القصبة الهوائية وظهور قروح بالفم وهنا يجب توقف اعطاء العقار .

وأثناء الاسابيع الاولى من العلاج قد يحدث أيضا تجلط فى الدم كما قد ينتاب المريض الانيميا نتيجة تحلل كرات الدم الحمراء .

المهدئات الصغيرة

تعرف عقاقير المهدئات الصغيرة أيضا بالاتاراكتيكس ويمكن تقسيمها الى : ـ

أ ـ مشتقات الجليكول

ب ـ مشتقات البايسيكليك دايفنيل ميثان

جـ ـ مشتقات البنزودايزيبين

د ـ مشتقات الدايبنزوبايسيكلواوكتادين

وليس لهذه العقاقير مفعول مضاد للذهان حيث لاتأثير لهـا على اضطرابات التفكير الفصامية والهلاوس والهذاءات . كما ليس لهـا مضاعفات فى الجهاز الهرمى الخارجى وقد يحدث اعتماد جسمى عليها . وبالتالى اعراض انسحابية بعد استخدامها بجرعات كبيرة لمدة طويلة. ويبدو أن لبعض عقاقير المهدئات الصغيرة تأثير على استثارة النشـاط النفسي الحركى الذهانية . ويمكن القول بأن مفعول المهدئات الصـغيرة اقل شدة وعلى ذلك فهذه العقاقير أقل ملاءمة فى علاج الاستثارة الذهانية منها فى علاج الاستثارة والقلق والتوتر غير الذهانية وخاصة التفـاعلى منها . وبالاضافة الى ذلك فان الحالات النفسجسمية والتوتر الانفعالى الذى يصاحب المرض الجسمى تستجيب جيدا للمهدئات الصـغيرة وخاصة عندما يصاحبها تقلص عضلى .

ويوضح الاثر الفعال المضاد للقلق للمهدئات الصغيرة ، استخدامها مع العقاقير المضادة للاكتئاب فى علاج حالات الاكتئاب التى تتميز بالقلق والاستثارة . وهذا المفعول المضاد للقلق يرتبط بالاثر التنويمي لهـذه العقاقير .

وتزيد المهدئات الصغيرة عادة من العتبة الفـارقة للتشنج ، وعلى ذلك تستخدم كعقاقير مضادة للصرع ، حيث تزيل كذلك من الاستثارة التى يعانى منها هؤلاء المرضى .

المضاعفات : مضاعفات عقاقير المهدئات الصـغيرة ليست شـديدة واكثر هـذه المضاعفات حدوثا الاضطراب المعرفى والدوار

والتثاقل واضطراب الحركات الارادية . ولا تحدث هذه العقاقير تسمما في الكبد ، كما لا يكون لها مضاعفات فى الجهاز العصبى الأوتونومى أو فى الجهاز الهرمى الخارجى .

وقد يحدث طفح والتهاب فى الجلد وشلل فى العضلات الخارجية للعين . ونادرا ما تحدث حالات من اضطراب المعدة والأمعاء . وقد تؤدى هذه العقاقير الى الاستثارة ولكن هذه الاستثارة غالبا ما تحدث فى حالة الاصابة العضوية وفى حالة المرضي المتقدمين فى السن والأطفال الزائدى الحركة .

ومن مضاعفات المهدئات الصغيرة أيضا أنها تحدث اعتمادا جسميا عليها ، وبالتالى أعراضا انسحابية عند تعاطيها بجرعات كبيرة لمدة طويلة .

العقاقير المضادة للاكتئاب

تقسم العقاقير المضادة للاكتئاب اكلينيكيا الى عقاقير الثيمولبتكس أو الترايسبكليك التى ترفع أساسا الحالة الانفعالية ، وعقاقير الثيمرتكس أو العقاقير الكافة للمونوامين أكسيديز التى توقف أساسا من حالة الكف .

وتنتمى كل عقاقير الثيمولبتكس المعروفة الى مركبات الترايسيكليكل دايفنيل أمين ومركبات الدايفنيل ميثان ، ويمكن تقسيمها الى :

١ ـ مشتقات الدايبنزازيبين التى يمكن تقسيمها بدورها الى :

ـ مشتقات الأمينودايبنزيل

ـ مشتقات الامينواستلبين

ب ـ مشتقات الدايبنزودايزبين
جـ ـ مشتقات الدايبنزوسيكلوهبتادين
د ـ مشتقات الدايبنزوسيكلوهبتاترين
هـ ـ مشتقات الدايهيدروانثراسين
و ـ مشتقات الدايبنزوثيبين
ز ـ مشتقات الديبنزواكسبين
ح ـ مشتقات الانثراسين
و ـ مشتقات الاكريدان
ك ـ مشتقات الاندول

وبينما ترتبط عقاقير الثيمولبتكس كيميائيا ، فان عقاقير الثيمريتكس تنتمى الى مركبات كيميائية مختلفة ، ولكنها تشترك فى خاصية كف المونوامين اكسيديز حيث تعرف بالعقاقير الكافة للمونوامين اكسيديز ، وتنقسم الى :

ا ـ مشتقات الهيدرازين
ب ـ الفنيل سيكلوبروبيل امينز
جـ ـ البنزيل ميثيل بروبنيل امينز
د ـ مشتقات الاندول

ومن الخصائص الرئيسية لعقاقير الثيمولبتكس تنشيط الامينز . فهذه العقاقير بجرعات متوسطة تزيد من مفعول الامينز الفسيولوجية الادرينية ، وخاصة مفعول النورابينفرين فى الجهاز العصبى الطرفى والمركزى . كما انها تزيد من المفعول المنشط للامفيتامينز . ولهذه العقاقير مفعول يضاد ما يحدثه الريزيزبين من تهدئة . ولعقاقير الثيمولبتكس مفعول يضاد الأثر التنويمى الذى تحدثه المهدئات الكبيرة .

ولكن بجرعات كبيرة تحدث هـــذه العقاقير مفعولا مهدئا مركزيا حيث تخفض النشاط التلقائى ، وتزيد من مفعول الباربيتيوراتس ، وتضاد مفعول المنشطات المركزية ، بينما تمنع عقاقير الثيمرتكس او العقاقير الكافة للمونو امين اكسيديز ، تاكســـد المونوامينز والتى تتراكم عند الوصلات العصبية .

ولقد تقدم علاج الاكتئاب باكتشاف هذه العقاقير حيث تستخدم على مدى واسع . وعلى الرغم من فاعلية العقاقير المضادة للاكتئاب فى ٨٥ فى المائة من الحالات فهناك مشاكل فى استخدامها وخاصة تلك التى تتعلق بمشكلة نوع الاكتئاب الذى تستخدم لعلاجه .

وتعتبر عقاقير الترايسيكليك اكثر العقاقيرالمضادة للاكتئاب فاعلية، كما انها اقل مضاعفات ، وتفضل فى علاج معظم الحالات .

وعامة فان حالات الاكتئاب الشديد تستجيب بدرجة افضل لهذه العقاقير بينما تستجيب حالات الاكتئاب المزمن او الاكتئاب العصـــابى بدرجة اقل . وتظهر استجابة المريض للعـلاج بعد فترة من ٧ الى ١٤ يوما . والمرضي الذين لا يستجيبون بعد ثلاثة او اربعة اسابيع من العلاج بجرعات مناسبة يحتمل الا يستجيبوا على الاطلاق ، ويجب اعطاؤهم عقار آخر او تستخدم معهم الصدمات الكهربائية . ولقد أوضـــحت معظم الدراسات وجود فروق بسيطة بين عقاقير الترايسيكليك من حيث فاعليتها وسرعة مفعولها .

وتعتبر الجرعة متغيرا هاما فى علاج الاكتئاب بعقاقير الترايسيكليك. ومن الضرورى ان يحدد الطبيب بدقة حالة المريض الصـحية ، فزيادة الجرعة تتوقف على سن المريض وحالته الصحية وخاصة الجهاز الدورى وشدة الاكتئاب . فاذا كان المريض يعانى من اكتئـاب شـديد او حالة

والقريش ، والكحول وكبدة الدواجن والبقول والأسماك المملحة وغيرها من أطعمة . كما يجب تجنب العقاقير التى تحتـــوى على مركبـــات السمباثوممتية كعقاقير الابينفرين والامفيتامينز ، والافدرين والدوبامين، والفنيل بروبانول أمين وغيرها .

ولعلاج هذه المضاعفات يستخدم الفنتولامين ، بجـرعة ٥٠ مليجرام فى الوريد أو ٥٠ مليجرام كلوربرومازين فى العضل .

وقد تحدث نوبة من انخفاض ضغط الدم اذا استخدمت العقاقير الكافة للمونوامين اكسيديز مع العقاقير المدرة للبول .

ومن مضاعفات هذه العقاقير ردود فعل ارتفاع درجة الحـــرارة التى تعتبر من المضاعفات الشديدة . وتحدث عندما تستخدم العقاقير الكافة للمونوامين اكسيديز مع عقاقير التريسيكليك . وقد تحدث ردود الفعل هذه أيضا عندما تستخدم العقاقير الكافة للمونوامين اكسيديز مع عقاقير الامفيتامينز . وتتميز ردود الفعل هذه بارتفاع درجة الحرارة والدوار والارتعاش والتشنجات والاستثارة التى قد تتطور الى غيبوبة ثم الموت .

وعلى ذلك يجب أن تتاح فترة ما بين ٧ الى ١٤ يوما ليصـــــل مستوى العقاقير الكافة للمونوامين اكسيديز فى الدم الى مستوى مناسب قبل استبدالها بمقرر آخر من العقاقير .

وقد تؤدى العقاقير الكافة للمونوامين اكسيديز الى حالـــة من الارتباك الحاد مع اضطراب فى القدرات العقلية والوعى . وقد تحول هذه العقاقير أيضا الاكتئاب التباطىء الى اكتئاب قلقى أو استثارى . وقد

تؤدى احيانا الى ذهان فصامى حاد أو الى حالة تحت الهوس . وترتبط ايضا العقاقير الكافة للمنوامين اكسيديز باضطراب الرغبة الجنسية والاستسقاء والدوار وارتعاش العضلات والضعف العام وعدم وضوح الكلام وتواثر العضلات وزيادة توتر العضلات وردود الفعل المنعكسة . ولقد لوحظ ايضا التهاب الاعصاب الطرفية الذى يشبه التهاب نقص البيرودوكسين .

وعند استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب يفضل عقاقير الترايسيكليك فى حالات الاكتئاب التباطىء الداخلى والذى غالبا ما يعرف بالاكتئاب الشديد او الذهانى . فهذه العقاقير تؤدى الى تحسن نسبة ما بين ٧٠ الى ٨٠ فى المائة من الحالات فى خلال شهر واحد . وقدتزداد النسبة الى ٨٥ فى المائة عندما تستخدم العقاقير الكافة للمونوامين اكسيديز فى علاج المرضي الذين لا يستجيبون لعقاقير الترايسيكليك بعد فترة فاصلة مدتها اسبوع أو اكثر .

ويرى بعض الأطباء استخدام الصدمات الكهربائية مع المرضي الذين لا يستجيبون لعاقير الترايسيكليك .

وتتحسن بعض حالات الاكتئاب التفاعلى غالبا بعد عدة ايام أو أسابيع باستخدام العلاج النفسى وجرعات صغيرة من العقاقير المضادة للقلق . ولا يستخدم هنا عقاقير الترايسيكليك والعقاقير الكافة للمونوامين اكسيديز . ويذهب بعض الأطباء الى القول بأن العقاقير الكافة للمونوامين اكسيديز لها فاعليتها فى علاج حالات الهيستيريا التى يصاحبها الاكتئاب .

وفى بعض الحالات يؤدى اكتئاب الشيخوخة الى اعراض قد يخلط بينها وبين شيخوخة المخ العضوية ، حيث الارتباك والسلوك غير

ما بين ٨ر الى ٩ر مليجرام فى اللتر . وفى حالة الهوس قد نبدأ بجرعة ٣٠٠ مليجرام من ثلاث الى خمس مرات يوميا عن طريق الفم مع قياس نسبة الليثيوم فى الدم مرتين أو ثلاث مرات اسبوعيا حتى تصبح النسبة من و١ الى ٤ر١ مليجرام فى اللتر .

وفى حالة المرضي الذين يتعاطون جرعات استمرارية يجب قياس نسبة الليثيوم شهريا ويجب ملاحظة أعراض الليثيوم التسممية التى قد تنشأ من التغير الحاد فى تحمله .

ويوجد هناك تناقض فى نتائج استخدام الليثيوم فى عـلاج الطور الاكتئابى من اضطراب الهوس الاكتئابى . وقد يستخدم هذا العقار فى علاج الحالات التى لا تستجيب للعقاقير والاساليب العلاجية الأخرى . ولا يستجيب مرض الفصام للعلاج بالليثيوم . وتظهـــر بعض الحالات ردود فعـــل عصبية شديدة مع زيادة شدة الاضطراب الذهـــانى . ويستجيب المرضى الذين يتميزون بالمزاج الفصامى لليثيوم بدرجة أقل مما يستجيب له مرضي الهوس ، وقد ينتاب البعض حالات من الارتباك التسممى .

المضاعفات : عندما يستخدم الليثيوم استخـداما صحيحا فانه يكون عقارا قليل المضاعفات . وتشيع بعض المضاعفات المبكرة ولكنهـا عادة ما تزول خلال عدة ايام .

وتكثر أعراض المعدة والأمعاء وتشمل تقلصات المعدة والغثيـان والقيء والاسهال . وتتحسن هذه الأعراض بتعاطى الليثيوم مع تناول الطعام . ومن الاعراض المبكرة الاخـــرى الظمأ وكثرة التبول والتعب

وضعف العضلات والارتباك العقلى البسيط . ويشيع ارتعاش اليـــد البسيط والذى لا يتحسن بالعقاقير المضـــادة للباكينسونيزم . ومن المضاعفات الاخرى زيادة الوزن والجويتر .

والأعراض التى تـدل على حالة شـــديدة من التسمم وتتطلب التوقف عن تعاطى العقار تشمل القىء والاسهال وعلامات اضـــطراب عصبى عضلى شديد واضطراب الحركات الارادية وعلامات من تسـمم الجهاز العصبى المركزى كالارتعاش والارتباك وحركات الزفن والتعسر فى اخراج مقاطع الكلام .

ويؤدى التسمم بالليثيوم الى حالة من النعاس والارتباك وزيادة ردود الفعل المنعكسة العميقة ، ونوبات من التشنج واضطراب الوعى واهتزاز مقلة العين ، وزيادة توتر العضلات . وهذه الأعراض علامـــات لحالة التسمم الشديد التى قد تتطور الى غيبوبة عميقة ثم الموت .

ويمكن علاج حالة التسمم هذه بالامينوفيلين ، والمواد المدرة للبول كاليوريا . وبيكرتونات الصوديوم . وفى الحالات الشديدة يستخـــدم التحليل الغشائى . ويجب الوقاية من المضاعفات الرئوية وتنظيم وظيفة الكليتين والتنفس وضغط الدم والاتزان الالكتروليتى .

وتشمـــل الحالات التى يمنع فيها استخدام الليثيوم ، امراض القلب والدورة الدموية ، وامراض الكليتين والطعام القليل الملـــــح ، واستخدام المواد المدرة البول وزيادة افراز العرق والاسهال ونقص ماء الجسم الشديد واصابة المخ والسن المتقدمة .

ويمتص الليثيوم سريعا من القناة الهضمية ويفرز عن طـــريق الكليتين .

حالة ارتباك لمدة نصف ساعة أخرى . واثناء هـذه الفترة يكون تحت الملاحظة وبعد ساعة أو يزيد من العلاج ،يستيقظ المريض ويتناول طعام الافطار حيث يعطى العلاج فى الصباح عندما تكون معدة المريض خالية من الطعام وبعد تمضية ليلة دون طعام .

ويعطى العلاج عادة ثلاث مرات فى الاسبوع ويستمر المقرر العلاجى من ست صدمات الى اثنتى عشرة صدمة . وكمية الكهرباء التى تمرعلى المخ تختلف ما بين ٣٠٠ الى ١٢٠٠ مليامبير بجهد كهربائى ما بين ٧٠الى ١٣٠ فولت . ويعطى الثيوبنتال لانه بدونه يشعر المريض بألمفىالصدغين وغيره من الاحساسات غير السارة اثناء بدء مرور التيار الكهربائى حتى يبدأ التشنج . ويعطى الاتروبين لتقليل افرازات القصبة الهوائية فتقل اضطرابات التنفس نتيجة الافرازات الزائدة .

ويضعف السكسنيل كولين الانقباضات العضلية اثناء العلاج . وبدون اضعاف الانقباضات العضلية يحدث عدد من الكسور فىالفقرات والعظام الطويلة اثناء الحركات التشنجية فى العلاج . وتقويس الظهر والرقبة وتثبيت الجسم اثناء العلاج يقلل من حدوث الكسور ، وقطعة المطاط فى الفم تمنع عض اللسان والشفتين ، كما تساعد على وجودممر هوائى مناسب .

ويفيد علاج الصدمات الكهربائيـة فى حالات الاكتئـاب الشـديد والاضطرابات الفصامية والهوس التى لا تستجيب لأساليب العـلاج الأخرى . ففى حالات الاكتئاب يفضل معظم الاطباء استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب أولا ، ويلجأون لاستخدام الصدمات الكهربائيـة مع الحالات التى لاتستجيب للعقاقير . ويحتمـل الا تكون العقـاقير ذات فاعلية اذا كان المريض يعانى من هذاءات . فهذا المريض تفيد معـه

الصدمات الكهربائية . واذا كان المريض يحاول الانتحار فان بعض الاطباء يرى ضرورة البدء بالصدمات الكهربائية . ويستخدم بعض الأطباء العلاج بالصدمات مع العقاقير المضادة للاكتئاب فى حالة المرضى الذين يحاولون الانتحار كثيرا .

ويستخدم العلاج بالصدمات فى علاج الاضطرابات الفصامية ولكن استخدامها قد قل كثيرا باستخدام عقاقير الفينوثيازينز المضادة للذهان . وقد تفيد الصدمات الكهربائية عندما يكون الذهان الفصامى حديث النشأة مع تاريخ للمريض من التكيف الجيد الى حد ما فىعلاقاته مع الآخرين . وعلى اية حال فهؤلاء المرضي يستجيبون عادة للعقاقير المضادة للذهان . وقليلا ما تفيد الصدمات ، المرضي الذين ينتابهم الاضطراب الذهانى تدريجيا على مدى فترة طويلة من الزمن ، وتتميز شخصيتهم قبل المرض بسوء التكيف مع الآخرين . وعلى اية حال ، تستخدم الصدمات بعد ممارسة استخدام عقاقير الفينوثيازين أو غيرها من العقاقير المضادة للذهان .

ويستجيب معظم مرضى الهوس لعقاقير الفينوثيازينز أو العلاج بالليثيوم . ولكن هناك حالات تستجيب بدرجة اكبر للعلاج بالصدمات الكهربائية بالاضافة الى عقاقير الفينوثيازينز . بينما لاتستجيب بعض الحالات للعقاقير ، ولكنها تستجيب للصدمات .

ويعطى العلاج بالصدمات فى المستشفى أساسا ، ولكن بعضالاطباء يعطون الصدمات الاخيرة للمرضى خارج المستشفى اذا ما اظهروا تحسنا كبيرا مع بداية العلاج . وينتاب المريض عادة اضطرابفىالذاكرة مع نهاية مقرر العلاج ، الامر الذى يتطلب بقاءه فى المنزل فترة ما بين أسبوعين وثلاثة أسابيع حتى يزول اضطراب الذاكرة .

الكهربائية . كما يجب ان يعطى المريض اكسجينا قبل الصدمة وبعدها مباشرة اذا كان يعانى من اضطراب فى الدورة الدموية . ويجب ان يؤجل العلاج بالصدمات فى حالة المرضى الذين يعانون من كسورحديثة فى العظام . ولكن مع احداث الاسترخاء المناسب بالسكسينيل كولين تقل خطورة الصدمات . ويمنع العلاج بالصدمات تماما فى حالةالضعف العضلى .

وعلى الرغم من عدم وجود تفسير واضح لفاعلية الصدمات الكهربائية فى العلاج ، الا انها اسلوب له فائدته فى العلاج .

غيبوبة الانسولين

العلاج بغيبوبة الانسولين الذى شاع استخدامه فى علاج الفصام من أوائل الثلاثينات الى أوائل الخمسينات ، قد استبعده الآن معظم الاطباء تماما . غير أن بعض الاطباء يستخدمه مع بعض حالات الفصام التى لاتستجيب لأساليب العلاج الأخرى . ويجب أن يستخدم هذا العلاج مع الحالات التى تتميز بصحة جسميةجيدة ، لمضاعفاته الخطيرة، ويعطى العلاج صباحا ولخمسة أو لستة ايام فى الأسبوع .

وتبدأ حقنة الانسولين بخمس أو عشر وحدات فى الصباح الاول. وتزداد بمقدار عشر أو عشرين وحدة كل يوم الى أن نحصل علىالجرعة التى تحدث غيبوبة عميقة . وعادة ما تكون الجرعة التى تحدثالغيبوبة ما بين ٨٠ و ٢٠٠ وحدة .

ورد الفعل فى غيبوبة الأنسولين ينقسم عادة الى خمس مراحل . ففى المرحلة الاولى يبدأ كبت وظائف القشرة المخية والمخيخ مع تثاقل

واسترخاء عضلى . وفى المرحلة الثانية يحدث كبت لوظائف القشرة المخية والمخيخ مع تلبد الشعور وعدم الاستقرار العضلى او الاستثارة. وتتميز المرحلة الثالثة بتحرر مراكز العقد القاعدية والهيبوثالموس من تحكم القشرة المخية ويفقد المريض شعوره . كما ينتاب المريض انماط مختلفة من الحركات الجسمية ، ويظهر علامات من نشاط الجهاز العصبى الأتونومى . وفى المرحلة الرابعة يتحرر المخ المتوسط ومراكز النخاع العليا من تحكم المراكز العليا ، وينتاب المريض غيبوبة عميقة مستمرة . وفى المرحلة الخامسة تتحرر مراكز النخاع السفلى من المراكز العليا وينتاب المريض غيبوبة عميقة مع كبت الافعال المنعكسة للاوتار، واسترخاء عضلى .

ويحتاج المريض عادة لساعتين تقريبا ليصل الى المرحلة التالية بعد حقن الأنسولين . ويرى معظم الأطباء ان ساعة من الغيبوبة العميقة فى المرحلة الثالثة او الرابعة تكفى للعلاج . ويمكن انهاء الغيبوبة بحقنة من جلوكاجون هيدروكلوريد أو بحقن محلول الجلوكوز فى الوريد او باعطاء المريض محلول السكر المشبع بواسطة الأنبوبة ، ويعطى المريض غذاء يحتوى على نسبة كبيرة من الكربوهيدرات بمجرد أن يستيقظ ويستطيع تناول الطعام والشراب .

ومقرر العلاج بغيبوبة الأنسولين يشتمل عادة على ٥٠ غيبوبة . وللعلاج بغيبوبة الأنسولين مضاعفات شديدة كاستسقاء الرئتين والقصبة الهوائية واضطراب الأوعية الدموية ، وردود فعل لانخفاض نسبة السكر فى الدم بعد انهاء الغيبوبة بعدة ساعات وظهور دمامل فى الرئتين، والتشنجات .

الجراحة النفسية

بدأ هذا الاسلوب من العلاج فى منتصف الثلاثينات وجذب اليه كثيرا من الانتباه . وفى هذه الجراحة تقطع الانياف التى تصل الفصوص الجبهية بالثالموس . وقد استمرت هذه الجراحة موضع جدل كتير الى أوائل الخمسينات ، حيث قل الاهتمام بها . فكثير من الاطباء يعارض فكرة تحطيم نسيج المخ كوسيلة لحل اضطرابات الفرد النفسيةبالاضافة الى ضعف ما تؤدى اليه من نتائج .

وتقوم هذه الجراحة على أساس أن الوصلات بين الأجزاء الأمامية من القشرة المخية الجبهية مع الثالموس لها دور فى استجابات الفرد الانفعالية . وتستخدم هذه الجراحة لخفض الاستثارة والقلق فى حالات الاكتئاب الشديد والفصام وعصاب الوسواس والقهر وفى غيرها من اضطرابات نفسية .

وينتاب المريض بعد العملية مباشرة حالة من الارتباك ، كما انه يحتاج لعدة اسابيع أو يزيد للتدريب على اعمال النظافة والسلوك الاجتماعى . ولا يصل المريض الى السلوك المتكيف الثابت ، الا بعد فترة ما بين ستة اشهر وسنة ، بعد الجراحة . وعلى الرغم من أن كثيرا من المرضي يكونون أقل قلقا واستثارة بعد العملية الجراحية الا أنهم علدة ما يفقدون امكانية العلاقات التى تقوم على التفهم مع الآخرين .

العلاج بالاستنشاق التشنجى

فى هذا العلاج يستنشق المريض غاز الفلورئيل حيث ينتابه نوبة تشنج . ويسبق استنشاق المريض للغازاعطاؤه الأتروبين والباربيتيورات والسكسنيل كولين ، كما فى علاج الصدمات الكهربائية .

ويرى الاطباء المؤيدون لهذا الاسلوب من العلاج ان نتائجه تتساوى مع نتائج العلاج بالصدمات الكهربائية مع قلة ارتباك المريض .

العلاج بالنوم

يستخدم هذا النوع من العلاج احيانا ، حيث ينام المريض أو يوضع فى حالة نعاس لمدة عشرة ايام تقريبا ، باعطائه عن طريق العضل او الفم عقاقير مهدئة او مضادة للقلق أو مضادة للذهان بجرعات كبيرة . ولقد استخدم هذا العلاج مع عدد كبير من الاضطرابات ولكن لا يوجد هناك دليل على انه يعطى نتائج جيدة .

وفى هذا العلاج قد ينتاب المريض الهذيان والهلاوس والارتباك والالتهاب الرئوى .

العلاج الفسيولوجى

يفيد هذا النوع من العلاج فى حالات القلق والتوتر المضلى الانفعالى . ويحتمل ان يكون ذلك من خلال تأثيره على انتظام الحركات العضلية ؛ وزيادة نشاط الدورة الدموية فى الجلد والانسجة .

ومن صور العلاج الفسيولوجى الشائعة تدليك مجموعة العضلات الكبيرة فى الظهر والرقبة والاطراف . والعلاج بالاستحمام الذى يفيد فى خفض استثارة المريض وقلقه .

اساليب العلاج النفسي

يهدف هذا النوع من أساليب العلاج الى مساعدة المريض فى التعرف على مشاكله وحلها وتحسين علاقاته مع الآخرين .

ويعتبر العلاج النفسي هو العلاج المفضل للاضطرابات العصابية واضطرابات الشخصية ولكثير من مشاكل التكيف الانفعالى . وقد يستخدم كوسيلة رئيسية فى علاج كثير من الأمراض النفسجسمية . وغالبا ما يكون دور العلاج النفسى محدودا فى علاج كثير من الاضطرابات الذهانية ، ويكون اكثر فائدة فى مراحل النقاهة . وقد يفيد العلاج النفسي مرضى التخلف العقلى الذين يعانون من مشاكل عصابية وغيرها من المشاكل الانفعالية بالاضافة الى تخلفهم العقلى . فارشاد آباء المتخلفين عقليا قد يساعد فى فهم تنشئة أطفالهم بسهولة وفاعلية . وفى بعض الحالات قد تفيد طريقة الارشاد المرضى الذين يعانون من اصابة عضوية بسيطة فى المخ الذين يحاولون التكيف الانفعالى .

والعلاج النفسى قد يكون له مشاكله . فتناول العلاج النفسي بشدة البعد الانفعالى المؤلم ، قد يؤدى بالمريض الى الاضطراب . فالمريض الذى يكتشف اتجاهات كامنة من الجنسية المثلية قد يتعرض لحالة شديدة من القلق . ويمكن للمعالج أن يتناول مثل ذلك الموضوع بحذر شديد بعد فترة طويلة من العلاج النفسي ، ويجب الا يتعرض لهذا الموضوع اذا كان تكامل شخصية المريض ضعيفا . وفى حالات أخرى قد ينتاب المريض شعور بالذنب وحالة من الاكتئاب الشديد عندما يكتشف أنه يعانى من احساسات عدوانية نحو والديه وغيرهما من الاشخاص المقربين . ويزداد هذا الشعور بالذنب والاكتئاب خاصة عندما يموت هؤلاء الأشخاص المقربون ، والأمراض النفسجسمية

كاضطرابات المعدة والامعاء والتوتر العضلى تشيع بين المرضي عنــدما يكتشفون مشاكلهم الانفعالية المؤلمة .

وفى بعض الحالات قد يؤدى العلاج النفسى الى نوبات من الاضطراب الذهانى ، فالشخص العصابى الذى يتميز بضعف اختباره للواقع قد يتعرض لاضطراب فصامى عندما يبدأ فى مواجهــة ما يعانى منــه من اضطراب . واكتشاف المريض لما يعانى منه من شعور بالعدوان والذنب قد يؤدى الى حالة من الاكتئاب الشديد ، وفى حالات قليلة قد يؤدى العلاج النفسي الى حالة من الهوس .

وعندما يؤدى العلاج النفسي الى تغير فى تكوين شخصــية المريض فانه أحيانا يسبب مشاكل فى عــلاقاته مع الآخرين . فالشخص الذى يعانى من اضطراب سلبية شخصيته قد يصبح مسيطرا نتيجة العلاج النفسى . واذا كان هــذا المريض متزوجا من امراة عدوانيــة تتســم بالرغبة الشديدة فى السيطرة على الآخرين من حولهــا ، فان مشــاكل أسرية قد تنشأ نتيجة هذا التغير فى شخصيته . ويجب هنا أن تخضع الزوجة للعلاج النفسى لحل حاجاتها غير الصحيــة من الســيطرة على الآخرين .

ومشكلة اخرى قد تظهر فى العلاج النفسى الطويل الأمد تتمثل فى احساسات قوية من المريض نحو المعالج . وهذه الاحساسات قد تكون احساسات عدوانية أو عاطفية أو احساسات بالاعتماد . وتناول ما قد ينشأ بين المريض والمعالج من احساسات من أشد مشاكل العلاج النفسي صعوبة . ولكن فى معظم الحالات يمكن استخدامها كأدوات لاعطاء المريض بصيرة بمشاكل شخصيته ومساعدته على حلها .

وتقرير العلاج النفسى يجب ان يقوم على دراسة دقيقة للمريض قد تستمر لعدة جلسات من التشخيص مع استخدام الاختبارات النفسية . وبهذا يستطيع المعالج ان يختار للعلاج النفسي المرضي الذين قد يستفيدون من العلاج . ويتضمن العلاج النفسي عمليات يكشف بها عن حاجات الفرد وصراعاته وخبراته ويحاول أن يكسبه تفهما وبصيرة بها ، مع التعديل من سلوكه ، وبهذا يتحقق الهدف منه .

ففى عملية التنفيس يمكن ان يعبر المريض عن احساساته وأفكاره القلقة وشعوره بالذنب وغيرها من انفعالات دون خوف أو انتقاد . ففى المواقف الأخرى التى يعبر فيها المريض دون تحفظ عن احساساته وافكاره ، قد يواجه باستجابات غضب او عدم احترام أو عدم مبالاة مما لايساعده على تفهم نفسه وعلى حل مشاكله الانفعالية . وبالاضافة الى ذلك فالمعالج لديه التدريب المهنى لمساعدة المريض على حل مشاكله الانفعالية واكتساب بصيرة جديدة .

وفى العلاج النفسى يكتسب المريض بصيرة بطبيعة علاقاته مع الآخرين فى مواقف الحياة الماضية والحاضرة مما قد يؤدى الى تعديل فى علاقاتة . فقد يكتشف المريض أنه سلبى مع الآخرين لانه يشعر بان الخضوع هو الوسيلة الوحيدة لاكتساب عطفهم وتجنب كراهيتهم . وفى حالات اخرى قد يكتشف أنه عدوانى لخوفه من انه اذا لم يسيطر على الآخرين فانهم سيسيطرون عليه ويتحكمون فيه . وقد يكتشف المريض كيف أن سوء علاقاته بالآخرين فى الماضى قد اثرت فى سلوكه الحاضر . فقد يدرك عدوانيته نحو النساء وان هذا الاتجاه نشأ عن كراهية مزمنة لأمه أو بديل لها منذ طفولته . وان هذا الصراع يؤثر فى علاقاته بزوجته وبناته وغيرهن من نساء فى حياته الحاضرة . وقد

يكتشف مريض آخر ان أباه لم يشبع له حاجته الى العطف والقبول ، حيث كان يعامله ببرود وتباعد ، مما ترك فى المريض حاجة شديدة الى العلاقة الدافئة مع الرجال . فيسعى المريض فى حياته الحاضرة الى ارضاء رؤسائه فى العمل ، ويتزعج اذا رفضوه أو انتقدوه .

ومن العمليات التى يتضمنها العلاج النفسى اكتساب المريض بصيرة بسمات شخصيته وأساليبه فى تناول احساساته . ففى كثيرمن الاحيان قد يكون لدى المريض فهم محدود أو مشوه عن تكوين شخصيته ، والفهم الجيد يؤدى الى حل كثير من المشاكل الانفعالية والصعوبات فى العلاقات مع الآخرين . فالمرأة التى تتسم بالقهرية ، والتى تعمل دون حدود للابقاء على منزلها نظيفا ومنظما وتعادى أسرتهابسبب ذلك ، فقد تدرك فى العلاج النفسي أن قهريتها ليست بالسمة الحميدة ، ولكن هذه القهرية اضطراب فى شخصيتها يجعل من منزلها مكانا يتميز بالبرود والتوتر . والمريض السلبى الذى يعمل على ادخال السرور على الآخرين ليكتسب قبولهم له ، قد يرى انه شخص لايعانى من صعوبات فىعلاقاته مع الآخرين ، وفى العلاج النفسى قد يكتشف أن القبول والرفض المطلقين يمثلان اضطرابا فى الشخصية .

ويتضمن العلاج النفسي كذلك تحليلا لعلاقة المريض بالمعالج ، فالمريض يميل الى أن ينقل الى علاقته بالمعالج كثيرا من مشاكله الانفعالية وصراعاته التى لم تحل . فالمريض الذى يسعى الى الاعتماد الانفعالى على الآخرين لكى يشعر بالامن ، يميل الى الاعتماد على المعالج . والمريض الذى يقاوم بعناد كل أنواع السلطة يميل الى مقاومة المعالج . والعلاقة التى يقيمها المريض مع المعالج غالبا ما تأخذ نمط علاقات المريض مع الآخرين . فالمريض الذى كان يثور فى طفولته ومراهقته ضد أب يتسم

بالقسوة والسيطرة ، قد يقاوم المعالج الذى ينظر اليه كبـديل للأب بعناد . والمريض الذى يعانى من الخوف من فقدان أمه طوال سـنوات تنشئته غالبا ما يتعلق انفعاليـا بالمعـالج . والمريض الذى يعـانى من الكراهية أو الاحساسات المختلطة غير المستقرة نحـو احد الوالدين أو كليهما غالبا ما يتخذ هذه الاتجاهات الانفعالية فى تفاعله مع المعـالج . وعلى المعالج الا يندمج انفعاليا فى نمط العلاقة التى يحاول المريض ان يقيمها معه . فالمعالج يجب الا يغضب من المريض الذى يظهر كراهيـة نحوه ، كما انه يجب الا يفرط فى رعاية المريض الذى يتعلق به ، وان يساعد المريض على أن يدرك تدريجيا كيف أن سلوكه نحوه يكشف عن كثير من المشاكل الانفعالية التى تؤدى الى اعراضه والصـعوبات التى يعانى منها .

ويتضمن العلاج النفسى خبرة تصحيحية تساعد فى تعديل سلوك المريض ، فالمريض السلبى الذى يخاف ممارسة الكراهية ، قد يقـوم بخبرته الأولى فى التعبير عن غضبه عندما يثور على المعالج . فالمعـالج لايواجه الغضب بالغضب أو برفض المريض ، بل يساعد المريض ويرى أن الغضب أحيانا سمة صحية ، ويساعد المريض على حل احساسات القلق والذنب التى تنتابه عندما يغضب . والمريض الفصامى الذى يخاف مناقشة اسراره بحرية مع اى شخص قد يستفيد كثيرا من خبرة حديثه عن مشاكله مع المعالج . ويبدأ فى عـدم الخوف من عرض أسراره على الآخرين ، ومن هنا يبدأ علاقات أكثر صحية .

ومن عمليات العلاج النفسي الايحاء . فالعلاج الفعال يمكن أن يحدث لدى المريض احساسا بأنه بخير ، مما قد يساعده على ازالة الاعراض البسيطة والتعديل من سلوكه . وحيث ان الايحـاء لايحل المشـاكل الانفعالية التى تسبب أعراض الاضطراب النفسي فان تأثيره يكون مؤقتا .

العلاج النفسى التحليلى

يختلف هـــذا النوع من التحليل النفسي فى انه لا يهتم كثـيرا بمضمون اللاشعور ، ويشيع استخدامه كأسلوب للعلاج النفسي الفردى لانه أقل استهلاكا للوقت والمال من التحليل النفسي ، ويمكن أن نتناول به كثيرا من الاضطرابات النفسية الفصامية والذهانية واضـطرابات الشخصية وردود الفعل النفسفسيولوجية . كما يسمح بمرونة أكبر فى استخدام أساليب أخرى من العلاج كاستخدام العقاقير والعــلاج الجماعى والارشاد الأسرى . هذا بالاضافة الى انه لا يتطلب كثيرا من التدريب .

والهدف الأساسى فى العلاج النفسى التحليلى ازالة الأعراض . ويمكن أن نتناول سمات الشخصية والدفاعات غير المرغوب فيهـــا بالتعديل ، ولكن هذا ليس بالأمر الأساسى كما فى التحليــل النفسي . وعلى أية حال ، يمكن مساعدة المريض فى أن يتناول الصراعات والمواقف المثيرة للقلق بكفاءة أكثر وبمضاعفات أقل .

ويستمر المقـــرر العلاجى من عدة أشهر الى سنتين أو أكثر ، حيث يتقابل المعالج والمريض لمدة خمسين دقيقة مرة أو مرتين أسبوعيا. ويتحدث المعالج والمريض وجها لوجه فى جلسة مريحة . وغالبا ما يكون المعالج نشطا فى اتخاذ القرارات وتقديم الاسئلة والتوضيحات ويساعد المريض فى الكشف عن مشاكله . كمـا يلاحظ احساســـات المريض وأفكاره وايماءاته وحركات جسمه وغيرها من وســائل تعبير المريض واستخدامها فى العملية العلاجية .

وقد يستخدم المعالج أحلام المريض كمادة للكشف عن مشاكله.

فيرى فى الاحـلام تعبيرا عن رغبـات المريض ومخاوفـه وصراعاته فى علاقاته الحاضرة والماضية . غير أن كثيرا من المعالجين لا يلجأون الى تحليل الاحلام . وكثير من المعالجين الذين يتبنون هـذا الاسـلوب يشركون اعضاء آخرين من أسرة المريض فى عملية العلاج اذا كان هذا امرا مفيدا . وكقاعدة عامة ، فالمعالج يقوم بعلاج عضوا واحـدا من الأسرة فقط . فاذا كان المعالج يقوم بعلاج احد الزوجين وتطلب الأمر علاج الآخر ، فان على المعالج أن يحيله الى معالج آخر . فعنـدما يقوم المعالج بعلاج كلا الزوجين فانه عادة ما يلاحظ ان كلامنهما يصبح اقل تعبيرا خوفا من أن المعالج قد يكشف عن أسرار اى منهما للآخر . ولكن اذا راى المعالج ارشاد كل من المريض وشريكه قد يسـاعد فى حل مشاكل علاقاتهما فقد يجمعهما فى جلسات ارشادية مشتركة .

ويتضمن اسلوب العلاج النفسي التحليلى أن المريض لا يكون على وعى بكثير من خبرات علاقاته الماضية والحاضرة التى ادت الى اضطرابه وان جانبا كبيرا من العلاج يخصص لوضع هذه الخبرات فى وعى المريض وان كثيرا من هذه الذكريات والصراعات تكون مؤلمة حتى أن المريض لا يدركها الا بعد فترة طويلة من العلاج .

التحليل النفسي الفرويدى

يهدف علاج التحليل النفسي الى تعديل ابعاد شخصية الفـرد ودفاعاتها وازالة الأعراض . والفكرة الأساسية فى نظـرية التحليل النفسي الفـرويدى تقوم على أن الخبرات التى تسبب الاضـطرابات النفسية تحدث اثناء السنوات السبع الأولى من الحياة ، على الرغم من أن خبرات الفرد بعد ذلك قد تؤدى الى الاضطراب النفسي الا أنها

ليست الاسباب الاساسية . والأسباب الرئيسية للاضطراب النفسي تنشأ من علاقات المريض بوالديه فى هذه الفترة . وعلى ذلك فالعلاج يوجه اساسا الى حل الصراعات الانفعالية التى تكون قد حدثت فى السنوات السبع الاولى . وترى نظرية التحليل النفسى أن معظم الاضطرابات الانفعالية التى تسبب الاضطرابات النفسية توجد فى اللاشعور ، ويمكن الكشف عنها بصعوبة شديدة . وأحدى الوسائل للكشف عن محتويات اللاشعور يقوم على تحليل الاحلام ، فمن تحليل الاحلام تتكشف تدريجيا المخاوف والاحساسات والخبرات المؤلمة .

ويمكن ايضا الكشف عن اضطراب العلاقة بين المريض ووالديه فى سنوات حياته الاولى بتحليل علاقة المريض بالمعالج . وترى نظرية التحليل النفسى الفرويدى أن المريض ينقل الى المعالج كل الصراعات التى خابرها بوالديه أو أحدهما أثناء السبع سنوات الأولى من حياته . فاذا كان المريض يخاف من أبيه ويكن له الكراهية ، فانه يوجه احساس الخوف والكراهية الى المعالج أثناء مراحل العلاج المختلفة . وعن طريق علاقة المريض بالمعالج ، يمكن أن يساعد المعالج المريض فى حل هذه الاضطرابات التى لم تحل فى الحياة الواقعية .

ولا يؤكد أسلوب التحليل النفسى كثيرا على ضغوط علاقات المريض الحاضرة ويرى المحلل النفسي الفرويدى ان المريض اذا استطاع حل مشاكل شخصيته الأساسية التى تنشأ فى طفولته فانه يستطيع ان يتعامل بنضج مع أى ضغط فى المواقف الحاضرة ، ويقوم بحلها تلقائيا. ويندر أن يتصل المعالج باى فرد فى أسرة المريض ، ويرى أن ذلك الاتصال يعوق انطلاق المريض فى التعبير ويشوه الاتجاهات التلقائية التى قد تتخذها علاقة المريض بالمعالج .

وفى علاج التحليل النفسى ينام المريض على سرير بينما يجلس المعالج بجانب طرف السرير بحيث لايراه المريض . ويطلب المعالج من المريض أن يعبر بحرية عن كل ما يتوارد اليه من أفكار واحساسات . وترى نظرية التحليل النفسى أنه من خلال هـــذه العملية ، يكتشف المريض تدريجيا الصراعات اللاشعورية التى تسبب مشاكله الانفعالية. ويحضر المريض جلسات لمدة ٥٠ دقيقة من ثلاث الى خمس مـــرات اسبوعيا . والتحليل النفسي يستمر من ثلاث الى خمس سنوات .

وفى التحليل النفسى الفرويدى يقوم المحلل بدور سلبى ، بينما يقوم المريض بكل الحديث . وهــذا يحث المريض على أن يســـعد احساساته على شخصية محايدة وينمى علاقة تحولية ويكتشف ذاته. ويجب أن يكون المحلل انسانا ومتفهما ولا يتسم بالبرود ، ولكنه يكون فعالا فى عملية اكتشاف المريض لذاته . ومن وقت لآخـر يترك دوره السلبى ويوضح العلاقة أو الارتباط بين حادثين او موقفين او أكثر ، لا يدركهما المريض . ولا يكفى أن يكون هذا التفسير صـــحيحا ، بل يجب أن يكون توقيته مناسبا ، حتى يعطى فى الوقت الذى يتقبـــله المريض . وبهذا يكتسب الميض استبصارا يساعده على فهم ذاته .

والاضطرابات العصابية من بين الاضطرابات النفسية التى عادة ماتستجيب جيدا للتحليل النفسى . ومن بين الاضطرابات العصابية تستجيب الحالات الهستيرية والقلق جيدا ، بينما يصعب اســتجابة المخاوفوالواسواس القهرى للتحليلالنفسي.كما يصعبايضا استجابة حالات الاكتئاب . ويستجيب المرضي الذين يعانون من اضـــطرابات الشخصية والاضطرابات الجنسية وردود الفعل النفسجسمية للعلاج بدرجـــة افضـــل عندمـــا يرقبون فيـــه . وبعض الاضـــطرابات

النفسية لا تخضع للتحليل النفسي . ومن هذه الاضطرابات الاضطربات الذهانية النشيطة والسيكوباتية وبعض الاضطرابات النفسجسمية فى اطوارها النشيطة . ويمكن لبعض الاضطرابات الذهانية والنفسجسمية فى حالة عدم نشاطها أن تخضع للتحليل النفسى ، ولكن هذا التحليل يجب ان يتم بدقة لتجنب اثارة شدة المرض . ويمنع التحليل النفسي عندما تقل قدرة المريض على ادراك الواقع .

ولقد حاول بعض المعالجين تعديل اسلوب التحليل النفسى حيث يكون المعالج أكثر ايجابية فيتحدث بدرجة اكبر مع جلوس المريض بدلا من نومه . كما تستخدم ايضا العقاقير المهدئة والعقاقير المضادة الاكتئاب . ولقد دلت النتائج على استجابة بعض المرضى بدرجة افضل لهذا الأسلوب المعدل .

العلاج السلوكى

يقوم العلاج السلوكى على أساس من النظرية السلوكية التى ترى أن سمات شخصية الفرد تتشكل وتتغير عن طريق ما يتعرض له الفرد من تدعيم وانطفاء لأنماط سلوكه المختلفة . والعلاج السلوكى يتناول أعراض الاضطراب السلوكى مباشرة ، أكثر من تناوله العمليات المرضية اللاشعورية المسببة للأعراض . ولا يستخدم الاستبصار كأساس للعلاج ويهتم بأنماط السلوك غير المتكيفة أو غير المناسبة التى يمكن قياسها وملاحظتها بدقة وتعديلها .

وللعلاج السلوكى أساليب مختلفة . فهناك أسلوب العلاج بخفض الحساسية حيث يقوم العلاج على تعرض المريض على مراحل متزايدة الى الشيء او الموقف الذى يخافه ويسبب له القلق . وبهذا يقل خوف

المريض تدريجيا . واسلوب الكف المضاد حيث يدرب الفـــرد على السيطرة على عرض انفعالي او نمط سلوكي بسلوك مضاد . فيدرب المريض الذى يعانى من القلق الشديد على احداث حالة من الاسترخاء العضلى والانفعالى . وفى اسلوب التدعيم ، يثاب المريض على السلوك المرغوب فيه . فيثاب الطفل فى كل مرة لا يظهر فيها اللزمة العصبية ، او يثاب الفرد عندما لا يؤدى الحركة القهرية . وبهذه الطريقـة تزول تدريجيا السمة غير المرغوب فيها . وفى اسلوب الانطفاء يزول العرض او النمط السلوكى غير المرغوب فيه تدريجيا عندما لا ياتى بفائدة على المريض . فالمريض الذى يسيطر على اسرته وزملائه فى العمل بنوبات الهستيريا ، يفقد هذا العرض عندما يتجاهل الآخرون من حوله نوباته كلية . وعلى ذلك ينطفىء هذا العرض او النمط السلوكى . ويتضـمن أسلوب الاشتراط السلبى تكرار مصاحبة مثير سلبى للسلوك الذى نرغب فى التخلص منه . ويستخدم هذا الاسلوب فى علاج حالات ادمان المخدرات والكحول وبعض انواع الاضطراب الجنسي . ففى حـالة ادمان الكحول يعطى المدمن حقنة من مادة مقيئة فى الوقت الذى يتعاطى فيه الكحول حيث ينتابه القيء . ويتم هذا مرة يوميـا الى أن تؤدى رؤية ورائحة ومذاق الكحول تلقائيا الى نفور منه .

ومن الواضح ان العلاج السلوكى يتطلب رغبة شديدة من المريض فى تناول هذا النمط من الخبرات العلاجية ليتخلص من مشاكله . كما ان نتائج العلاج السلوكى لم تتضح بعد . ويرفض هذا الاسـلوب من العلاج كثير من المعالجين لانه لا يعطى اهتمـاما كبيرا لخبرات المريض الماضية وعلاقاته مع الآخرين ، وانفعالاته واحساساته .

العلاج الارشادى التدعيمى

لا يستطيع كثير من المرضي المشاركة الفعالة فى اى من اساليب العلاج السابقة فلا يستطيعون الحديث طويلا عن احساساتهم وعلاقاتهم الماضية والحاضرة ولا يرغبون فى الاندماج فى العلاج السلوكى . ويمكن للمعالج ان يساعد هؤلاء المرضى باستخدام اسلوب الارشاد . فالمعالج يحاول ان يخفف من الاعراض وان يعطى للمريض ثقة بالنفس وينصحه باساليب للتكيف بدرجة افضل للحياة . وبأسلوب الارشاد قد يقدم المعالج خدمة ذات قيمة للمريض ولأسرته . فقد يساعد المعالج المراة على ان تقوم بدور الأم والزوجة بدرجة افضل او يساعد الرجل على ان يستمر كرجل اعمال وأب وزوج . وفى كثير من الحالات يستخدم الارشاد فقط بعد ان تظهر محاولة بعض اساليب العلاج الأخرى ان المريض لايستطيع الاشتراك فى انواع اعمق من العلاج بالمقابلة .

وفى اسلوب الارشاد قد يبدأ المعالج بجلسة مع المريض كل اسبوع او اسبوعين ، وفيما بعد غالبا ما تمتد الفترة بين الجلسات الى شهر او شهرن او ثلاثة . وتكون مدة الجلسة ما بين ٢٠ الى ٢٥ دقيقة .

ويستخدم المعالج هنا كثيرا من الاطمئنان وشرح طبيعة اعراض المريض الانفعالية وتوضيح كيفية تناول مشاكل الحياة اليومية . وفى بعض الحالات قد يقوم المعالج بمقابلة اقارب المريض لارشادهم ، الأمر الذى قد يؤدى الى راحة المريض انفعاليا كما قد يؤدى الى علاقات افضل مع الآخرين . وغالبا ما يتحسن المريض كثيرا عند الحديث مع المعالج عن اعراضه ومخاوفه ومشاكل علاقاته . وتقبل المعالج لما يقوله المريض ، وطمأنته اياه ، وقدرته على فهم ما يحسه المريض ، كلها امور

تفيد المريض . وفى اسلوب الارشاد لا تخضع علاقة المريض بالمعـــالج للتحليل ولكن المريض غالبا ما ينظر الى المعالج على انه شخص قوى وحكيم يأخذ عنه الهدوء والثقة ليواصل حياته .

والمشكلة الشائعة فى أسلوب العلاج بالارشاد ، اعتمـاد المريض على المعالج حيث ان اعراض المريض تكف اثناء العلاج ولكنهـا لا تزول به . ويجب على المعالج أن يكون على وعى بهذه المشـكلة من البداية . وغالبا ما يجب أن يحدد للعلاج وقت معين وأهداف معينة ومناقشـة ذلك مع المريض بحكمة . وفى بعض الحالات يمكن تجنب الاعتماد بعـد فترة ما بين الجلسات بمجرد تحسن المريض .

العلاج النفسي الجماعى

يتكون العلاج النفسى الجماعى من عمليات تحـدث فى جمـاعات رسمية منظمة تهدف الى تعديل شخصية وسلوك الأفراد الأعضاء من خلال تفاعلات جماعية محدودة . ويقوم العلاج الجماعى الى حد كبير على الأسس النظرية التى يقوم عليها العلاج الفردى ، حيث يستخدم أسلوب التحليل والتوجيه المباشر وغير المباشر . ومع هـذا فللعـلاج الجماعى ابعاده ، فيتناول مشاكل لايتناولها العلاج الفردى دائمـا . ويتميز العلاج النفسي الجماعى عن الفردى بالاقتصاد فى المال والعاملين، وليس هذا فحسب ، فالعلاج النفسي الجماعى يحقق تصحيحا لخطر عزلة الفرد التى تسببها الحياة الحضارية . فهناك حاجة لان يقترب الأفراد من بعضهم البعض . فالعلاج النفسي الجماعى يقـدم معمـلا للعلاقات الانسانية الآمنة حيث يتاح للفرد الفرصة لاختيار الطـرق المختلفة لعلاقاته مع الآخرين واكتشاف كيفية استجاباتهم له .

واحترام المريض لذاته يزداد عندما يكون هناك عطاء متبادل بينه

وبين أفراد الجماعة . والاستبصار الحقيقى والتفسير يتم غالبا من مريض لآخر . ويصبح المريض ايضا معالجا فى الجو الذى يسوده التعاون المتبادل .

والعلاج النفسى الجماعى يستخدم كثيرا فى العيادات الخارجية المزدحمة ومؤسسات الأطفال الجائحين ، ومراكز علاج مدمنىالكحول والمخدرات ، ومراكز خدمات الأسرة والطفولة وعيادات ارشادالطفل وغيرها . وعلى اية حال ، فالمعالج يشعر ان أساس العلاج الجماعى يقوم على ان بعض المرضى قد يحصل على نتائج من العلاج الجماعى لم تكن لهم فى العلاج الفردى .

فالمعالجون الذين يستخدمون العلاج الجماعى يشيرون الى أن العلاج الجماعى يتيح الفرصة فى جلسة جماعية لحل المشاكلالانفعالية التى تنشأ عن اضطراب العلاقات مع الآخرين . ففى العلاج الجماعى يمكن للمريض أن يكتشف تدريجيا مخاوفه وعدوانه واشتياقه وغيرها من احساسات نحو أعضاء الجماعة ، وعلى ذلك يمكنه ان يحلمشاكله الانفعالية التى تنشأ من علاقاته المبكرة مع الآخرين . وعلى ذلكيصبح العلاج الجماعى خبرة تصحيحية فى العلاقات مع الآخرين .

والعلاج النفسي الجماعى يتيح للمرضى الذين يتسمون بالخجل والانعزالية والذين يخافون من الاتصال الوثيق بالآخرين فرصةلتنمية علاقات مريحة فى جلسات اجتماعية خاصة . ففى كل الجماعات الأخرى يجد هؤلاء المرضى الاهمال أو السيطرة عليهم من الآخرين ، ولكن فى جماعة العلاج يمكن لهؤلاء المرضي تحليل مخاوفهم من الاتصال بالآخرين والتغلب على الضغوط العادية فى العلاقات معهم والتى كانوا

ينسحبون منها دائما فى الماضي . والمريض الذى يعانى من الخوف من السلطة قد لايعبر عن احساساته فى العلاج الفردى ، ولكن قديتغلب على صمته فى الجماعة حيث يمكن أن يعبر عن كراهيـة نحو المعـالج بسهولة ، كما أن الاحساسات التى قد يشعر بها المريض فى العـلاج كالحاجة الى الاعتماد او الاشتياق العاطفى أو القلق التى قد تنشـأ عن العلاج ، تنخفض حدتها فى الموقف الجماعى . ففى العلاج الجماعى لاتكون هذه الاحسـاسات موجهة الى المعالج فقط ، ولكن المريض يشعر بها نحو أفراد الجماعة الآخرين ، وعلى ذلك تكون اقل تهديدا للمريض. والعلاج النفسى الجماعى يسمح ايضـا للمريض أن يغـير من درجة مشاركته تبعا لارتياحه فى الأوقات المختلفة وحاجته للمشاركة او القيام بدور اقل لبعض الوقت ، وقد يبقى صامتا لفترات ، ومع ذلك يستفيد من محادثات الآخرين .

والعلاج النفسي الجماعى غالبا ما يكون مفيدا لجماعات من المرضي لهم نفس المشاكل كمدمنى الكحول أو المراهقين أو الأطفال الجانحين. حيث يمكن للمريض مناقشة مشاكله مع اعضاء الجماعة الذين يشعرون بنفس الشعور ولهم نفس المشاكل .

وتتكون جماعة العلاج النفسي عادة من ٦ ــ ١٢ عضوا . وغالبـا ما يكون أعضاء الجماعة من نفس العمر الزمنى والمستوى الاقتصادى والاجتماعى والمسـتوى العقلى . وعادة تتكون الجمـاعة من مرضى يعانون من نفس المشاكل ، فاختلاف المشاكل كثيرا ما يؤدى الى قلة الاهتمام المشترك بين افراد الجماعة مما يخفض التفاعل بينها . كمـا أن الجماعة تحتوى عادة على بعض المرضى الذين يتسـمون بشـدة العدوان ، وآخرون لهم تأثيرهم الواضح فى الجماعة . وقد تفشـل

الجماعة اذا انضم اليها مرضي يعايون من البارانويد والهوس والاضطرابات اللااجتماعية والاكتئاب الشديد ، فهؤلاء المرضى يعملون على اضطراب الجماعة ، فلا تقوم بوظيفتها العلاجية لمعظم أفرادها .

وتعقد الجلسات الجماعية مرة كل اسبوع لمدة ٩٠ دقيقة . وفى بعض الحالات قد تعقد مرتين فى الاسبوع ولفترة تزيد او تقل عن ٩٠ دقيقة . وعادة ما يحضر المريض جلسات الجماعة لمدة ما بين عدة اشهر الى سنة او سنتين او أكثر من ذلك . ومن وقت لآخر قد ينضم للجماعة اعضاء جدد ، على أن يخضع كل عضو جديد لتشخيص دقيق قبل أن ينضم للجماعة للتأكد من أنه سيستفيد من العلاج الجماعى . وقد يرى احد الاعضاء ترك الجماعة ، وقد يؤدى مناقشة هذا الأمر فى اجتماع الجماعة على ان يتخلى عن تركها . وقد يترك احد الاعضاء الجماعة لانه احرز تحسنا بدرجة كافية او أن المعالج قد يرى أن مريضا لايستفيد من استمراره فى الجماعة . وانهاء الجلسات لكل اعضاء الجماعة يمكن أن يتم باتفاق الجماعة . واذا قل عدد أفراد الجماعة عن اربعة ، فانه يسمح بالتحاق اعضاء جدد أو تحل الجماعة .

واذا اراد المعالج أن ينهى أعماله مع الجماعة فعليه أن يخبر الاعضاء بفترة زمنية لاتقل عن ثلاثة أسابيع . واذا كان هناك معالج جديد سيقوم بالعمل مع الجماعة ، فيحتمل أن يترك الجماعة كثيرا من الأعضاء ويمكن أن يتم الامر بسهولة اذا شارك المعالج الجديد فى الاجتماعات الأخيرة .

وعلى الرغم من أن المريض قد يعترف بحاجته الى بعض أنواع العلاج ، الا أنه قد يستمر فى رفض قبول العلاج الجماعى . والاعتراض الأساسي على ذلك خوفه من نبذ الآخرين له وخجله منهم وعدم الارتياح

فى الجماعات والمواقف الاجتماعية . وقد يخبره المعالج بأن العلاج الجماعى يساعده خاصة فى تلك المشكلات . وقد يتعلق الأمر من خوف بعض المرضي من أن يبوح الآخرون بأسرارهم ، وكذلك رغبة بعض المرضي فى الاستئثار بانتباه المعالج . وبعد سماع اعتراضات المريض يمكن للمعالج أن يشرح القواعد الأساسية للعلاج الجماعى وفوائده . ويمكن للمعالج أن يقترح فترة محاولة ما بين ٦ — ٨ جلسات مع التأكيد للمريض بأنه غير مطالب بالحديث عن شيء يرى الاحتفاظ به سرا . واذا كان لدى المريض امور يريد مناقشتها فى سرية فقد يخصص المعالج له جلسات فردية . واذا كان الأمر كذلك فعليه الا يبوح بتلك الأمور فى الجماعة ، ولكنه يحث المريض على ان يتحدث عنها فى الجماعة .

ويجب على المعالج أن يقابل كل الأعضاء كل على انفراد قبل العمل فى الجماعة . وفى هذه المقابلة يمكن أن يشرح المعالج كيفية عمل الجماعة بما فى ذلك دور كل من المريض والمعالج . وكثيرا من المعالجين يزودون المرضى بتعليمات مطبوعة قبل الاجتماع الأول . ويبقى بعض المعالجين صامتا فى بداية الاجتماع الأول تاركين للمرضى افتتاح المناقشة . وقد يقوم المعالج بكسر الصمت وبدء الاجتماع بحديث عن سبب اجتماع الجماعة وأسس عملها . وبعدئذ يطلب من المرضي تقديم انفسهم ؛ وبهذا يبدأ المرضى فى الحديث عن انفسهم ومشاكلهم . واذا استمرت الجماعة فى الصمت ، فعلى المعالج أن يقف على أسباب هذا الصمت ويعالجها . وغالبا ما يكون صمت الجماعة كلها تعبيرا عن كراهية أعضائها نحو المعالج او أن يكون الصمت رد فعل الجماعة لصدمة بسبب عرض مريض لسر من اسراره ، أو لملاحظة أبداها المعالج .

ويمكن للمعالج عادة أن يواجه صمت الجماعة بالاستفسار عما يكمن وراءه من احساسات .

واذا اعتاد عضو من الجماعة الصمت ، فان الأعضاء الآخرين عادة ما يأخذون المبادأة ويستفسرون عن صمته فى محاولة لخروجه من الصمت . واذا فشل الأعضاء فى هذا فعلى المعالج أن يتناول الامر أو أن يخصص للمريض جلسات فردية . واذا حاول احد أعضاء الجماعة السيطرة عليها ، فانه يجب أن يبعد عنها . وجلسات فردية قد تحقق لذلك العضو المسيطر بعض الانتباه الذى يسعى اليه وتتيح للمعالج ان يكتشف ما يكمن وراء هذا السلوك من حاجات . واذا فشلت الجماعة فى مجادلة عضو يثير الشغب ، فعلى المعالج أن يتدخل بقوله بأنه يرغب فى أن يسمع بقية حديث هذا العضو ، أو أن يستفسر عن معنى هذا الشغب أو عما يحدثه لدى الآخرين من احساس .

وفى الاجتماع قد تنشأ بعض المحادثات الجانبية ، وعلى المعالج الا يسمح باستمرار هذا . ويمكن للمعالج أن يتدخل بقوله بأنه يمكنه فقط متابعة حديث واحد فى وقت واحد او أنه لا يمكنه سماع المناقشات الجانبية .

ومن أنماط المقاومة الاخرى ان يحاول أحد الاعضاء القيام بدور مساعد للمعالج . ويحاول الأعضاء النظر الى المعالج على انه خبير يطلبون نصائحه واجاباته على أسئلتهم . وكما فى العلاج الفردى يمكن أن يحول السؤال الى المريض . ويمكن ايضا أن يحول الى الجماعة لأخذ رأى الاعضاء الآخرين ، وعلى ذلك يظهر تفاعل الجماعة .

ويكون من المفيد للمعالج أحيانا أن يقدم النصحة والاجابات

التى تقوم على معلومات لايعرفها المرضي . وتفاعل الجماعة يقل اذا ما اظهر المعالج دائما انه السلطة العليا .

وتختلف الآراء نحو اجتماع الأعضاء بدون المعالج احيانا . فكثير من المعالجين يحثون على تلك الاجتماعات . حيث انها تساعد على التعارف والتماسك بين الاعضاء ويطلب من الجماعة أن تعطى تقريرا عنه فى الاجتماع الذى يعقد مع المعالج .

وقد يصاحب العلاج الجماعى علاج فردى يقوم به المعالج الذى يعالج الجماعة أو معالج آخر . وتختلف آراء المعالجين نحو ممارسة العلاجين معا . فالعلاج الفردى يتيح للمريض مناقشة ردود فعله نحو الجماعة ومقاومته لها ، فيستطيع المعالج أن يتناولها ويعمل على التخلص منها . وهناك صور مختلفة من العلاج النفسي الجماعى .

العلاج الجماعى الاستكشافى : وهنا يستكشف المريض أسباب مشاكله الانفعالية التى تكمن فى علاقاته مع الآخرين . ففى التعبير عن احساساته ومشاكله تتاح للمريض فرصة لفحص مشاكله مع الآخرين الذين يواجهون نفس المشاكل . كما تحدث هذه العملية فى وجود المعالج الذى يستطيع فهم هذه المشاكل وتقديم المساعدة . وغالبا ما يشعر المريض بالارتياح عندما يسمع المرضى الآخرين يعرضون مشاكل تشبه مشاكله . فمعرفة أن هناك من يواجه نفس الافكار والاحساسات والصراعات يخفف كثيرا من احساسه بالذنب والقلق . وبالاضافة الى ذلك فان المريض فى كثير من الحالات يستطيع أن يدرك احساساته ومشاكله عندما يسمع المرضي الآخرين يناقشون مشاكلهم، وينمى المريض ايضا بصيرة جديدة بعلاقاته مع الآخرين فى المواقف

الحاضرة والماضية عندما يناقش مشاكله ويتبادل التعليقات والتفسيرات مع افراد الجماعة والمعالج . ويبدأ المريض فى الوصول الى فهم أكثر وضوحا لشخصيته وكيفية تناول احساساته والارتباط مع الآخرين .

وقد يبدأ افراد الجماعة فى تحليل احساساتهم كل نحو الآخرين ونحو المعالج ، فقد يتفحصون عدوانهم ورغبتهم فى الاعتماد وعواطفهم وتنافسهم وتقمصهم فى الجماعة . وفى كثير من الاحيان يمكنهم ملاحظة أوجه التشابه بين تفاعلهم فى الجماعة ، وتفاعلهم فى حياتهم اليومية خارجها ، وادراك مدى تأثير هذا التفاعل بخبرات الطفولة والمراهقة . وعلى ذلك تصبح الجماعة عملية اجتماعية حيوية تتيح للمريض فرصة الحصول على خبرة تصحيحية فى العلاقات ، فيستكشف المشاكل القديمة وينمى اساليب جديدة فى تناول الاحساسات والعلاقة مع الآخرين .

وفى العلاج الجماعى الاستكشافى قد يقوم أعضاء الجماعة بتمثيل مواقف حياتية على مسرح صغير بينما يشاهد المرضي الآخرون التمثيلية. ثم يقوم المرضى الذين يقومون بالتمثيل والمعالج والمرضى الذين يشاهدون التمثيلية بمناقشة مشاكل العلاقات التى تتضمنها التمثيلية واحساسات كل أعضاء الجماعة .

العلاج الجماعى التدعيمى : يقوم هذا العلاج اساسا على طمأنة المريض وشرح مشاكله وتعليمه كيفية تناولها . ويقوم المعالج عادة بدور فعال. ولكن يجب أن يكون هدفه تعليم المرضى اكثر من قيامه باستكشاف خبرات حياتهم . وأحيانا يقوم اعضاء الجماعة بعمل تقارير فى موضوعات معينة او مناقشة موضوعات يختارها المعالج أو الحديث فى موضوع

معين . وكثير من فاعلية العلاج الجماعى التدعيمى يستمد من الاحساسات الدافئة التى يشعر بها الاعضاء نحو الجماعة وأهدافها .

ويفيد العلاج الجماعى التدعيمى المرضي الذين يجدون صعوبة شديدة فى الحديث عن انفسهم كبعض المرضى العصابيين او الفصاميين او المرضي الذين يعانون من اضطرابات نفسجسمية .

العلاج الجماعى الالهامى : ويقوم هذا النوع من العلاج على استلهام المبادىء الاخلاقية والدينية . فينصح اعضاء الجماعة بعضهم البعض بالتمسك بأهداف الجماعة وقد تحث الجماعة الاعضاء لعرض مشاكلهم عليها لمحاولة حلها . وقد يكون للجماعة قائد أو قد تقسم القيادة بين الاعضاء . ويستخدم العلاج الالهامى مع جماعات منظمة اهانفس الهدف كما فى حالة المتعاطين للكحول .

العلاج بالتدريب الحسى : يستخدم هذا العلاج مع الافراد الذين لايعانون من مشاكل نفسية واضحة ، ولكنهم يرغبون فى معرفة المزيد عن انفسهم وعلاقاتهم بالآخرين . وفى اجتماع أفراد الجماعة الذى قد يمتد لعدة ساعات أو يزيد للجلسة الواحدة أو قد يتحدد بمدة ٩٠ دقيقة يتدارس أعضاء الجماعة العلاقة بينهم من حيث القيادة ، والسيطرة والتنافس والاعتماد والتعاون والاخذ والعطاء ، ومدى تأثر علاقاتهم بالفروق الاجتماعية والاقتصادية وغيرها . وبهذا تحاول الجماعة زيادة حساسية أعضائها فى التفاعل فيما بينهم . وزيادة الحساسية هذه تؤدى بهم الى زيادة الفاعلية فى الجماعات الاخرى التى ينتمون اليها .

وقد يتم العلاج النفسي تحت تأثير المهدئات مما يؤدى الى تقليل

الكف لدى المريض . ففى مقابلات الباربيتيورات يعطى المريض جرعة صغيرة من الباربيتيورات فى الوريد ثم يقوم المعالج بدور فعال فى توجيه الاسئلة للمريض وتفسير مشاكله . ومع نهاية المقابلة أو بعدها مباشرة قد يناقش المعالج بتفصيل اكثر ما كشف عنه المريض من موضوعات . ومقابلات الباربيتيورات لاتستخدم كثيرا حيث أن مميزاتها لاتزيد كثيرا عن مميزات المقابلات العادية . ويستخدم التنويم المغناطيسي فى العلاج النفسي ، حيث يقوم المعالج باستخدام أوامر متكررة تحث المريض على التركيز على ما يقوله واستبعاد اى مثيرات أخرى من انتباهه . وغالبا ما يوحى المعالج بشدة وباستمرار أن المريض سينتابه حالة شديدة من الاسترخاء وانه سوف يتعرض لحالة من التثاقل يشعر فيهـــا فقط بالكلمات التى يرددها المعالج .

وتختلف درجة تنويم المريض تبعا لمهارة المعـالج وسـهولة تنويم المريض،كما لا يمكن تنويم كثير من المرضى حتى ولو بذل مجهود كبيرفى تنويمهم ، ويستخـدم التنويم لايقاف مقـاومة المريض الشـعورية واللاشعورية لمناقشة احساساته وخبراته المؤلمة وصراعاته الانفعالية ، والمعالجون الذين يستخدمون التنويم المغناطيسي غالبا ما يتبعون جلسات التنويم بجلسات يعملون فيها على ان يتكامل فى شعور المريض ما قـد كشف عنه فى جلسات التنويم .

ولا يستخدم التنويم المغناطيسى فى العلاج كثيرا ، فكثير من المرضي لايمكن اخضاعهم للتنويم ، كما أن الذين يخضعون منهـم للتنويم قـد لا يستطيعون استرجاع خبراتهم والحديث عنها بحرية عنـدما يكونون فى حالة التنويم .

وبالاضافة الى ذلك ، فالمريض فى كثير من الاحيان لايمكنهأن يتذكر

جيداً الموضوعات التى تتكشف اثناء جلسة التنويم بعد أن يزول اثر التنويم ، وهذا يقلل من الاهمية العلاجية للموضوعات التى تتكشف . وفى العلاج النفسى الذى يقوم على التنويم المغناطيسي يكون للمعالج اثر شديد على شعور المريض ويصبح المريض خاضعا له .

وهكذا تعمل أساليب العلاج ، وما يصاحبها من بيئات علاجية تعى حالة المريض وتتفهم مشاكله وتساعد فى حلها ، على أن يزول عنه الاضطراب ويعود الى تكامله ، فيتحقق للفرد الصحة النفسية التى تتضمن ، اختفاء أعراض الاضطراب وأن تتسق انماط سلوكه مع الضغوط التى يواجهها ، على الا تتميز استجاباته لها بالشدة . وان يكون لدى الفرد القدرة على مواجهة مشاكله فى مرونة وثبات .

وعندما يتسم الفرد بهذه الخصائص بدرجة عالية فانه يستطيع مواجهة دوافعه المتصارعة ، وان يقيم علاقات تتميز بالتوافق مع الآخرين ويشارك فى تغيرات بناءة فى بيئته الاجتماعية والطبيعية .

المـــراجع

- دكتور احمد عكاشة . الطب النفسي المعاصر . الأنجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٧٦ .
- دكتور حامد عبد السلام زهران . الصحة النفسية والعلاج النفسي. عالم الكتب ، القاهرة ، ١٩٧٨ .
- دكتور عمر شاهين ، دكتور يحيى الرخاوى . مبـــادىء الامراض النفسية . مكتبة النصر ، القاهرة ، ١٩٧٧ .
- دكتور لويس كامل مليكة . علم النفس الاكلينيكى . الهيئة المصرية العامة للكتاب ، القاهرة ، ١٩٧٧ .
- دكتور يحيى الرخاوى . دراسة فى علم السيكوباثولوجى . دار الغد للثقافة والنشر ، القاهرة ، ١٩٧٩ .

— Anderson, E.W. Psyciatry. London, Boilliere Tindall, 1975.
— Appleton, W.S., and Davis, J.M. Practical clinical psychopharmacology. New York, Medcom press, 1973.
— Calvin, S. H. and Gardner, L. Theories of personality. New York, John Wiley and Sons, Inc. 1970.
— Chapman, A.H. Textbook of clinical psychiatry, An interpersonal approacn. J.B. Lippircett Company, Philadelphia, 1976.
— Eysenck, H.J. Handbook of Abnormal psychology. San Diego, California, Robert. Knapp Publisher, 1973.
— Eysenck, H.J. The dynamic of anxiety and hysteria. London. Routledge, 1967.
— Eysenck, H.J. The structure of human personality. London, Methuen & Co., 1970.
— Fish, F. Clinical psychopathology. Bristol, John Wright, 1967.
— Frank, G. Psychiatric diagnosis. Oxford, Pergamon press, 1975.
— Freedman, A.M. and Kaplan. H.I. Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore, Williams and Wilking, 1967.

- Goodman, L.S., and Gilman, A.Z., The pharmacological basis of therapeutics. New York, MacMillan, 1970.
- Garfield, S.L. Clinical psychology, the study of personality and behaviour. London, Elward Arnold, 1975.
- Grossman, K. Recent advance in clinical psychiatry London, J.A. Churchill, 1971.
- Henderson and Gillespie's. Textbook of psychiatry. London, New York, Oxford University press, 1969.
- Joffe, J.M. Prental determinants of behaviour. Oxford, Pergamon press, 1969.
- Kalinowsky, L.B. and Hippius, H. Pharmacological convulsive and other somatic treatments in psychiatry. New York, Grune and Sttraten, 1969.
- Kaplan, H.I.. and Sadock, B.J. Comprehensive group psychotherapy. Baltimore, Williams and Wilkins, 1971.
- Klein, D.F., anl Davis, J.M. Diagnosis and drug treatment of psychiatric disorders. Baltimore, Williams and Wilking, 1969.
- Kleinmuntz, B., Essentials of Abnormal psychology. New York, Harper and Row publishers, 1974.
- Lader, M. Clinical anxiety, London, Heineman, 1971.
- Lanyon, R.I., and Goodstein, L.D. Personality assessment. New York, John Wiley, 1971.
- Lazarus, A.A. Clinical behaviour therapy. New York, Brunner Mazel, 1971.
- Lawrence, C. Kalb Noys. Modern clinical psychiatry. Oxford and Ibh Publishing Co., 1970.
- Lidy, T. The origin and treatment of schizophrenic disorders, New York, Basic Books, 1973.
- Martin, B. Anxiety and neurotic disorders. New York, John Wiley, 1971.
- May, P.R.A. Treatment of schizophrenia. New York, Science House, 1968.
- Mayer, G. W. Clinical psychiatry. London, Cassell, 1960.
- Menolascino, F.J. Psyciatric approaches to mental retardation, New York, Basic Books, 1970.
- Millon, T. Modern psychopathology. Philadelphia, W. B. Sander Co., 1969.

- Nemiah, J.C., Foundations of psychopathology. New York, Jason Aronson, 1973.
- Noyes, Arthur P. Modern clinical psychiatry. London, Saunders, 1963.
- Portnow, A. and Fedatov D. Psychiatry. Moscow, Mir Publisher, 1969.
- Richard, H.R. & Kenneth. E.M. An introduction to psychopharmacology. New York. Rapen press. 1971.
- Rinkel, M. Biological treatment of mental illness. New York, L.C. Page & Co., 1966.
- Rinkel, M. Insulin treatment in psychiatry. London, Peter Owen, 1960.
- Ristson, B. and Hassall, C.E. The Management of alcoholism. London. Edinlwrgh, Livingston, 1970.
- Romstagner, Psycology of personality. New York, McGrow-Hill Book Company, 1974.
- Sargant, W., Slater, E., and Kelly, D. An introduction to physical methods of treatment in psychiatry. New York. Jason Aronson, 1973.
- Solomon, P. Handbook of psychiatry. Edition by Philip Solomon and Vernon D. Patch. Bombay, Korthari Book Depot, 1960.
- Sprague, J.M., and Espstein, A.N. progress in psychobiology and physiological psychology. New York, Academic press. 1976.
- Tarachiw, S. Introduction to psychotherapy. New York. International Universities press, 1970.
- Thompson, R.F. Foundations of physiological psychology New York, Harper and Row, 1967.
- Thompson, T. and Grabowski, H. Behaviour Modification of the mentally retarded. New York, Oxford University press 1972.
- Wolman, B.B. The therapist's Handbook. New York, Van Nostrand Reinhold Co., 1976.
- Wolpe, J. The practice of behaviour therapy. New York Pergamon press, 1974.

الفهـــــرس